

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA  
STOMATOLOGICKÉHO PACIENTA SE ZUBNÍ NÁHRADOU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Rajmová, DiS.**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

**2011**

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE  
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING**

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DENTURE**

Bachelor's thesis

**Autor: Lucie Rajmová, DiS.**

**Supervisor: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2011

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala zcela samostatně. Veškerou literaturu a jiné zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci cituji a uvádím v seznamu použité literatury a pramenů.

V Hradci Králové.....

Podpis.....

## **Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce panu Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za cenné rady, připomínky, vstřícnost, ochotu a čas, po který se mi věnoval. Dále bych ráda poděkovala celému týmu ordinace MUDr. Miloslavy Andrejsové za vřelý přístup a spolupráci při mém dotazníkovém šetření, především MUDr. MDDr. Janu Andrejsovi za poskytnutí odborné konzultace, pomoc a trpělivost. Jsem vděčná paní RNDr. Evě Čermákové za statistické zpracování výsledků všech použitých dotazníků. V neposlední řadě děkuji své rodině.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>7</b>
Hlavní cíle bakalářské práce	8
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>9</b>
<b>1. Kvalita života</b>	<b>9</b>
1.1 Kvalita života související se zdravím	11
1.2 Specifické metody používané k hodnocení kvality života	12
<b>2. Zubní náhrady</b>	<b>14</b>
2.1 Dělení zubních náhrad	14
2.2 Fixní zubní náhrady	14
2.2.1 Rekonstrukce části korunky	14
2.2.2 Korunky	15
2.2.3 Fixní můstky	15
2.3 Snímatelné náhrady	16
2.3.1 Definice a rozdělení snímatelných náhrad	16
2.3.2 I. třída: snímatelný můstek - chrup s mezerami	17
2.3.3 II. třída: sedlová náhrada - zkrácený zubní oblouk	17
2.3.4 III. třída: desková náhrada - ojedinělé zuby nebo jejich skupiny	18
2.3.5 IV. třída: celková náhrada - bezzubá čelist	18
2.4 Imediátní snímatelná náhrada	19
2.5 Nesponová náhrada	19
2.6 Snímatelná náhrada s opěrným třmenem	20
2.7 Hybridní náhrada	20
2.8 Snímatelné náhrady ve spojení s implantáty	20
<b>3. Následná péče o zubní náhradu</b>	<b>22</b>
3.1 Ústní hygiena u pacientů se zubními náhradami	22
3.2 Péče o náhradu	23
3.3 Způsob nošení náhrady	23
<b>4. Výživa pacientů s celkovými náhradami</b>	<b>26</b>
4.1 Faktory podílející se na vzniku malnutrice	26
4.1.1 Stárnutí	26
4.1.2 Celkový zdravotní stav	27

4.1.3 Funkční kvalita celkových náhrad	27
4.1.4 Množství sliny	28
4.1.5 Ekonomické a sociální faktory	28
5. Nesnášenlivost náhrady	30
5.1 Základní problémy	31
5.2 Rozsah dráždění zubní náhradou	31
5.3 Dráždění způsobené snímatelnou náhradou chrupu	32
5.3.1 Změny na biotopu	32
5.3.2 Dráždění způsobované uvolňujícími se chemikáliemi	33
5.3.2.1 Toxický účinek	33
5.3.2.2 Alergická odpověď imunitního systému	34
5.3.3 Mechanické dráždění	35
5.4 Tolerance – snášenlivost protézního lože	36
5.5 Pocit přítomnosti cizího tělesa	36
5.6 Sucho v ústech	36
5.7 Alergická reakce	37
5.8 Alternativa k postupu při stanovení diagnózy	39
5.9 Bio–náhrada	39
5.10 Závěry pro diagnózu a terapii	40
6. Komunikace v ordinaci	42
7. Dosavadní výzkumy	48
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b>	<b>51</b>
8. Metoda výzkumu	51
9. Výsledky výzkumu	54
<b>DISKUSE</b>	<b>60</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>62</b>
<b>ANOTACE</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>70</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	<b>71</b>

# ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je problematika zubních náhrad u starých lidí a změněná kvalita života s tím související.

Zuby mají totiž vedle důležité funkce žvýkání a artikulace i rozhodujícím podíl na harmonickém výrazu obličeje. Jsou předpokladem pro bezchybnou výslovnost a estetiku. Stav chrupu je vizitkou, podle které nositele hodnotí jeho okolí. Během života však z mnoha důvodů běžně dochází ke ztrátě zubů, např. následkem zubního kazu, parodontózy či úrazu.

Stomatologové a zubní technici mají k dispozici stále dokonalejší prostředky k náhradě ztracených zubů. Různé zubní protézy neboli náhrady dnes milionům lidí řeší jejich problémy s neúplným chrupem – tzn. problémy s rozmělněním potravy, vnějším vzhledem, mluvením a společenskými aktivitami. Ani sebedokonalejší zubní náhrada však nemůže plnohodnotně zastoupit přirozené zuby, zvláště v případě značné nebo úplné ztráty chrupu.

Celkové zubní náhrady nebo zubní můstky nosí v České republice už 1,2 milionu lidí, tedy více než desetina národa. Každoročně přibývá zhruba 90 tisíc lidí, kteří zubní náhradu nově dostávají. Vyplývá to z dlouhodobé statistiky Centra ústní hygieny pro seniory. Přibývá starších lidí, kteří se dožívají vysokého věku a i ve stáří dbají na dobrou úroveň ústní dutiny. Navíc - ač se péče o chrup postupně zlepšuje, její celková úroveň v populaci zůstává nízká. V důsledku této skutečnosti mnoho lidí své stálé zuby zbytečně ztrácí a potřebuje jejich náhradu.

S takovými pacienty se ve svém zaměstnání setkávám již několik let, proto jsem se rozhodla v bakalářské práci blíže zaměřit na subjektivní vnímání, prožívání a hodnocení kvality života se zubní náhradou právě samotnými pacienty. Na to, jak se s novým stavem své ústní dutiny pacienti vyrovnávají, jak zvládají příjem potravy, jak se cítí ve společnosti lidí. Výsledky práce by mohly být přínosem nejen pro ty, kteří o tyto pacienty v zubních ordinacích pečují, ale i pro osoby, které jsou samy na používání zubní náhrady odkázány, popřípadě mají ve svém okolí někoho blízkého s podobným osudem.

# Hlavní cíle bakalářské práce

## Teoretická část:

- Vysvětlit pojem „kvalita života“ a vyjmenovat specifické metody používané k hodnocení kvality života související s orálním zdravím.
- Vyjmenování a charakteristika všech typů používaných zubních náhrad.
- Vysvětlit správné možnosti a instrukce v péči o zubní náhradu.
- Připomenout výživové problémy vyskytující se u pacientů se zubní náhradou.
- Shrnout problematiku související s nesnášenlivostí zubních náhrad u některých pacientů.
- Charakterizovat komunikační problémy a definovat pravidla komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty ve stomatologické ordinaci.
- Uvést doposud provedené výzkumné práce na toto či podobné téma.

## Empirická část:

- Zjistit individuálně vnímanou úroveň kvality života u vybraného souboru stomatologických pacientů s celkovou zubní náhradou.
- Zjistit, jaké mají tito pacienti pocity při jejím nošení, jak jim zubní náhrada vyhovuje či nevyhovuje, jak zvládají příjem potravy, jak se cítí ve společnosti lidí.
- Zjistit, zda existují rozdíly mezi muži a ženami.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## Cíle teoretické části:

- Vysvětlit pojem „kvalita života“ a vyjmenovat specifické metody používané k hodnocení kvality života související s orálním zdravím.
- Vyjmenování a charakteristika všech typů používaných zubních náhrad.
- Vysvětlit správné možnosti a instrukce v péči o zubní náhradu.
- Připomenout výživové problémy vyskytující se u pacientů se zubní náhradou.
- Shrnout problematiku související s nesnášenlivostí zubních náhrad u některých pacientů.
- Charakterizovat komunikační problémy a definovat pravidla komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty ve stomatologické ordinaci.
- Uvést doposud provedené výzkumné práce na toto či podobné téma.

V první kapitole se věnujeme kvalitě lidského života obecně, dále pak kvalitě života související se zdravím a nakonec se seznámíme se specifickými metodami používanými k hodnocení kvality života související se zdravím orálním.

## 1 Kvalita života

Vyloženo dle monografií a článků: Adulianon, Sheiham (1997); Allen (2003); Allison, Locker, Feine (1997); Atchison, Dolan (1990); Cohen, Jago (1976); Cushing, Sheiham, Maisels (1986); Hnilicová, Bencko (2005); Leao, Sheiham (1996); Locker, Miller (1994); Mareš (2006); Mareš, Marešová (2006); Rapley (2003); Slade, Spenser (1994); Spilker, Revicki (1996); Straus, Hunt (1993); WHO Quality of Life Group (1993); WHO International classification of impairments, disabilities and handicaps (1980).

Kvalita života je v současnosti velmi diskutovaný pojem, který se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v řadě vědeckých oborů.

Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filozofii, teologii, sociální práci i psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita života se objevuje také v technických oborech, např. v architektuře, stavebnictví či dopravě, tj. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život (Mareš 2006).

Pojem kvalita života byl poprvé použit již ve dvacátých letech minulého století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory chudých lidí. V šedesátých letech se tento termín znovu objevil v politické souvislosti v USA, kdy tehdejší americký prezident L. Johnson prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky (Hnilicová, Bencko 2005). Pojem kvalita života se díky své stručnosti a intuitivní srozumitelnosti pro veřejnost rychle ujal a stal se v politice i v mediálním světě módním slovem (Rapley 2003). Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v sedmdesátých letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády. Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku (Mareš 2006).

Kvalita života je koncept mnohovýznamový. Může být vnímána i zkoumána z rozmanitých úhlů pohledu, přičemž z hlediska jednotlivých oborů i osob mohou být zdůrazňována různá hlediska a oblasti, které ji ovlivňují. Toto je pravděpodobně příčinou skutečnosti, „že není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala používat v různých oborech,“ jak uvádí Mareš (2006). Nicméně s jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept kvality života v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalitou života je míněna všeobecná spokojenost s vlastním životem vycházející z kognitivního hodnocení a emočního prožívání. Objektivní kvalitou života se rozumí splnění základních sociálních a materiálních podmínek pro život, sociální status a fyzické zdraví (Hnilicová, Bencko 2005). Světová zdravotnická organizace (WHO) ustavila pracovní skupinu, která navrhla širěji použitelnou definici:

*„Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu ... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem.“ (WHO Quality of Life Group 1993)*

## 1.1 Kvalita života související se zdravím (Health-Related Quality of Life)

S termínem kvalita života se v poslední době stále více setkáváme i ve zdravotnictví. Je očividné, že nemoc a zdraví se úzce pojí s konceptem kvality života. Nedá se však jednoznačně konstatovat, že by platila rovnice: horší zdravotní stav = horší kvalita života, a/nebo lepší zdravotní stav = lepší kvalita života. Např. Allen (2003) poukazuje na skutečnost, že lidé s chronickými zdravotními obtížemi často vnímají kvalitu svého života jako lepší než jedinci zdraví. Kvalitu života musíme považovat za koncept dynamický, pravděpodobně podléhající změně v závislosti na čase. Postoje jednotlivců nejsou konstantní, mění se v závislosti na čase a zkušenostech, a jsou modifikovány fenomény jako zvládání, očekávání a adaptace. Člověk, který se v životě setkává s nějakou pro něho obtížnou situací (např. vážná nemoc, úraz s následky apod.), často přehodnocuje své priority a věci, které dříve považoval za důležité, mu najednou tak významné nepřipadají. Jako příklad Allison, Locker a Feine (1997) uvádí jedince, který má v důsledku bolesti a diskomfortu v dutině ústní problém se najíst. Zmíněný problém daný jedinec vnímá jako extrémní handicap. Poté, co je však u něho diagnostikována rakovina dutiny ústní, původní potíže s rozkousáním a polykáním potravy již nejsou hodnoceny jako tolik důležité.

Kategorie „kvalita života“ aplikovaná v jednotlivých medicínských oborech a ve zdravotnictví obecně má své specifické označení: HRQL – Health-Related Quality of Life. Do češtiny se překládá jako kvalita života související se zdravím. Při vymezování tohoto pojmu však nepanuje jednota, což je příčinou i celé řady definic, které se pojmu týkají (Mareš, Marešová 2006).

Obecně můžeme konstatovat, že HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, u nichž lze jasně prokázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav. HRQL představuje pacientovo subjektivní vnímání vlivu jeho nemoci a jejího léčení na pacientův každodenní život, somatické, psychologické a sociální fungování i pohodu. Jedná se o pojem, který zahrnuje mnoho oblastí, je multidomenový (Mareš, Marešová 2006). Nicméně dá se říci, že HRQL je užší pojem než kvalita života (Mareš, Marešová 2006; Spilker, Revicki 1996).

## **1.2 Specifické metody používané k hodnocení kvality života související s orálním zdravím**

Zatímco hodnocení kvality života souvisejí se zdravotním stavem je v mnoha medicínských oborech už zavedeno a běžně se provádí, ve stomatologii dosud příliš rozšířeno není. Cohen a Jago (1976) poukázali na nedostatek dat vztahujících se k hodnocení dopadu orálního zdraví na psychosociální oblast a poprvé upozornili na potřebu rozvoje metod hodnocení orálního zdraví, které budou založeny na subjektivním vnímání samotných pacientů. Od té doby bylo pro měření a hodnocení orálního zdraví vyvinuto množství specifických metod (Allen 2003).

Pro rozvoj metod zjišťujících orální zdraví se využívaly různé přístupy. Jedním z nich byla snaha zkonstruovat index, který by ukázal pacientovo vnímání vlivu poruch orálního zdraví na jeho kvalitu života. Tento přístup je použit například u Geriatrického indexu orálního zdraví (Geriatric Oral Health Assessment Index – GOHAI) (Atchison, Dolan 1990). Vliv poruch orálního zdraví na kvalitu života se určuje na základě celkového skóre, které ukáže rozsah a závažnost pacientem vnímaného funkčního a psychosociálního dopadu nemoci.

Podobný přístup je použit i u dalších dvou typů měření:

- Sociální dopad dentální nemoci (Social Impacts of Dental Disease) (Cushing, Sheiham, Maisels 1986).
- Subjektivní indikátory orálního zdraví (The Subjective Oral Health Status Indicators) (Allen 2003; Locker, Miller 1994).

Další metodický přístup představuje tzv. Profil dentálního dopadu (Dental Impact Profile) (Strauss, Hunt 1993). Je zaměřen na hodnocení charakteristických rysů některých událostí pacienty.

Třetí přístup se snaží uspořádat poruchy a jejich sociální dopady do určité hierarchie. Od předchozích metod se liší tím, že zde respondent může označit, zda problém vnímá jako výhradně interní (jako například vyhýbání se společnosti druhých lidí). Hierarchie dopad poruch orálního zdraví je založena na Mezinárodní klasifikaci vad, zdravotního postižení a handicapu Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation's International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH) (1988) a vychází z teoretického rámce měření orálního zdraví podle Lockera. Použitím této metody můžeme popsat „profil“ sociálního dopadu. Na základě tohoto přístupu bylo vyvinuto několik metod měření vlivu orálního zdraví na kvalitu života.

Jsou to:

1. Profil dopadu orálního zdraví  
(The Oral Health Impact Profile – OHIP) (Slade, Spenser 1994).
2. Vliv chrupu na každodenní život  
(The Dental Impact on Daily Libiny – DIDL) (Leao, Sheiham 1995).
3. Dopad orálního zdraví na každodenní úkony  
(The Oral Impact on Daily Performanences -OIDP) (Adulyanon, Sheiham 1997).

Po ujasnění si pojmu „kvalita života“ se v následující kapitole seznámíme se zubními náhradami. Dozvíme se, jak se náhrady dělí, a poté si jednotlivé typy zubních náhrad představíme blíže.

## 2 Zubní náhrady

Druhá kapitola „Zubní náhrady“ je popsána dle monografie Dostálové (2004).

### 2.1 Dělení zubních náhrad

Zubní náhrady dělíme podle řady kritérií, uvedených dále v textu.

#### **Základní klasifikace zubních náhrad:**

- podle způsobu ukotvení: fixní, snímatelné a kombinované
- podle přenosu žvýkacího tlaku (podle Korbera):  
dentální, dentomukózní, mukózně dentální a mukózní
- podle typu defektu (klasifikace podle Voldřicha).
- podle životnosti: provizorní, dlouhodobě provizorní a definitivní

### 2.2 Fixní zubní náhrady

Fixní náhrady doplňují poškozenou klinickou korunku zubu, nahrazují celou ztracenou korunku, případně chybějící zub nebo skupiny zubů v oblouku, tedy mezery, které jsou ohraničeny kvalitními pilíři.

Fixní náhrady se dále dělí na rekonstrukce části korunky, korunky a můstky.

#### **2.2.1 Rekonstrukce části korunky**

Tyto konstrukce slouží k náhradě chybějící části korunky nebo celé klinické korunky zubu.

**Inleje** jsou laboratorně zhotovené výplně, které se dále dělí podle rozsahu na jednoploškové, dvouploškové, tří- a víceploškové. Zhotovují se z dentálních slitin ušlechtilých kovů, z keramiky či z kompozitních plastů (často s obsahem skla nebo keramických částic).

**Onleje.** Inlej, která dostavuje i žvýkací hrbolek zubu, se nazývá onlej. Vyrábí se z kompozitního materiálu, může být keramická nebo celokovová.

**Estetické fazety** doplňují laboratorně zhotovenou vestibulární část zubu, která koriguje jeho tvar, barvu, případně postavení. Je z keramiky nebo kompozitního plastu.

**Polokorunky** nahrazují ztracenou orální část zubu.

**Kořenová nástavba – kořenová inlej – čepová nástavba.** Kořenová nástavba nahrazuje klinickou korunku zubu, je ukotvena čepem v endodonticky ošetřeném kořeni. Zhotovuje se ze slitin kovů, keramických materiálů, případně z dentapregů (kompozitní materiály ve formě vláken).

### 2.2.2 Korunky

Korunky jsou pláště z umělého materiálu, které pokrývají a morfologicky doplňují obroušený pahýl zubu.

**Korunky celoplášťové** dělíme dle typu použitého materiálu na kovové, pryskyřičné, kompozitní a keramické (obr. č. 5, č. 6).

**Korunky fazetované** jsou kombinací kovové slitiny a estetické fazety v barvě přirozeného zubu. Fazetu tvoří: plast, kompozitní plast, keramika.

**Richmondova korunka** spojuje kořenovou inlej a fazetovou korunku v jeden celek.

### 2.2.3 Fixní můstky

Fixní můstky jsou konstrukce tvořené korunkami a mezičleny. Korunky můstku se označují jako pilířové konstrukce. Mezičleny jsou členy můstku nahrazující ztracené zuby (obr. č. 3, č. 4).

**Pilířovými konstrukcemi** mohou být korunky celoplášťové nebo fazetované – v kombinaci kovové slitiny nebo nekovové výztuže (keramika, dentapreg) a estetické fazety z plastu, kompozitního plastu, keramiky.

**Členy můstku** jsou:

- celokovové, keramické, plastové,
- kovové - fazetované plastem, kompozitním plastem nebo keramikou.

Mezičleny mají speciální konstrukční pravidla. Anatomicky plně nenahrazují ztracený zub, mají redukovanou pracovní plošku, kontakt s alveolárním výběžkem je lineární. Redukce si klade za cíl zmenšit zatížení pilířových zubů a současně umožnit bezproblémovou hygienu. Z tohoto pohledu představuje ideální proplachovací mezičlen, který má omezené indikace (dolní postranní úsek chrupu, oblast 35, 36, 45, 46).

Mezeru mezi dvěma pilíři je možné překlenout **třmenem** (např. u snímatelných můstků).

Zvláštní postavení mají **můstky adhezivní**, které se tmelí na nepreparované nebo málo preparované zuby.

## 2.3 Snímatelné náhrady

### 2.3.1 Definice a rozdělení snímatelných náhrad

Jako snímatelné náhrady označujeme takové konstrukce, které je možné po individuálním zhotovení v zubní laboratoři a začlenění do žvýkacího aparátu vyjímat z dutiny ústní.

**Dělí se podle několika kritérií:**

- **podle rozsahu:** částečné snímatelné náhrady (obr. č. 2), celkové náhrady (obr. č. 1)
- **podle způsobu přenosu žvýkacího tlaku** na náhrady s přenosem: dentálním, dentomukózním, mukózně dentálním, mukózním
- **podle typu defektu chrupu**, který doplňují, jsou určeny pro:
  - chrup s mezerami – **snímatelný můstek**
  - zkrácený zubní oblouk – **sedlová náhrada**
  - pro použití jednostranně nebo oboustranně
  - bez mezer a s mezerami
  - ojedinělé zuby nebo jejich skupiny – **desková náhrada**
  - úplnou ztrátu chrupu – **celková náhrada**
- **podle typu náhrady:**
  - skeletová náhrada – I. a II. třída podle Voldřicha
  - náhrada s nesponovými prvky – I., II., III. třída
  - desková náhrada – III. třída
  - celková náhrada – IV. třída
  - snímatelná náhrada kotvená pomocí implantátů
- **podle doby používání:**
  - provizorní
  - dlouhodobě provizorní
  - definitivní, s dobou životnosti minimálně 3 roky



Všechny náhrady mají za úkol **rehabilitovat mastikaci, fonaci a estetiku**. Jejich preventivní funkce spočívá v ochraně tvrdých a měkkých tkání, zbylých zubů v čelistech. Zásadní význam má i ochrana temporomandibulárního kloubu, svalů a ligament.

Existuje ještě specifická skupina náhrad, u kterých se k těmto základním funkcím přidružuje i funkce obturační, tj. oddělení dutiny ústní od přilehlých anatomických prostorů.

### **2.3.2 I. třída: snímatelný můstek – chrup s mezerami**

#### **Charakteristika defektu:**

- Mezera je ohraničena vlastními zuby, často s nižším biologickým faktorem.
- Defekt je rozsáhlý 3-4 zuby.
- Ztrátu zubů provází defekt alveolárních výběžků a čelistních kostí.
- V dutině ústní se vyskytují chronické parodontopatie, případně chronicky zánětlivá tkáň, která neumožňuje optimální hygienu.
- Mezeru ohraničují implantáty (implantáty a podmíněně snímatelná náhrada jsou spojeny šrouby).

#### **Konstrukční prvky:**

- Kotevní prvky – opěrné spony, zásuvné spoje a šrouby.
- Stabilizační prvky – průběžná spona.
- Spojovací prvky – těmeny, případně redukované desky.
- Redukované tělo nebo sedlo náhrady.

### **2.3.3 II. třída: sedlová náhrada – zkrácený zubní oblouk**

#### **Charakteristika defektu:**

- Zkrácený zubní oblouk jednostranně nebo oboustranně po první premolár včetně, s mezerami a bez mezer.
- Zuby mají dobrý biologický faktor.
- Dentomukózní přenos žvýkacího tlaku.

**Konstrukční prvky:**

- Kotevní prvky – spony a nesponová retenční zařízení.
- Stabilizační prvky – slouží k blokadě páčivých sil, které na náhradu působí, a rozvádějí je pokud možno na co největší počet zbývajících zubů. Příkladem je průběžná spona.
- Prvky spojovací – třmeny, redukováná střední patrová deska, sublinguální deska a rozšířená průběžná spona.
- Tělo náhrady.

**2.3.4 III. třída: desková náhrada – ojedinělé zuby nebo jejich skupiny****Charakteristika defektu:**

- Zuby se sníženým biologickým faktorem.
- Mukózně dentální přenos žvýkacího tlaku.
- Deskové náhrady.

**Konstrukční prvky:**

- Kotevní prvky - spony nebo nesponové kotevní prvky kotvené do kořene.
- Stabilizační prvky většinou bez opěrných trnů.
- Funkci spojovacích prvků a těla náhrady přebírá deska v horní čelisti a báze náhrady v čelisti dolní.

Do III. třídy patří i defekty vyřazené z I. a II. třídy, např. ztráta nebo retence špičáku. Přenos žvýkacího tlaku tedy může být dentální, dentomukózní nebo mukózně dentální. Pojem „zbytkový chrup“, který se převážně pojí s definicí III. třídy, tedy ne vždy vystihuje stav defektu a kvalitu tvrdých i měkkých tkání dutiny ústní. Náhrady mohou být různého typu.

**2.3.5 IV. třída: celková náhrada – bezzubá čelist****Charakteristika defektu:**

- Bezzubost.
- Přenos žvýkacího tlaku je mukózní.

**Konstrukční prvky:**

- Celková náhrada.

## **2.4 Imediátní snímatelná náhrada**

Imediátní snímatelná náhrada je každá náhrada, která se pacientovi odevzdává ihned po extrakcích zubů.

U snímatelné provizorní náhrady je výhodou nejen to, že pacienta rehabilituje esteticky, zachovává fonaci, ale nesmírně důležitý je i fakt, že náhrada přesně reprodukuje původní výšku skusu i průběh okluzní roviny. Není narušeno postavení kloubu ani nervově svalová koordinace. Je dále známo, že se snižuje resorpce alveolu a tkáň se lépe hojí.

Při vlastní konstrukci se vždy zvažuje, zda budou po extrakcích zachovány opěrné zóny podle Eichlera. Pokud ne, provedou se nejprve studijní modely, které dovolují celou situaci v průběhu rekonstrukce kontrolovat. Potom se extrahují distální pilíře, vhodné je ponechat první premoláry, které často dovolí opěrnou zónu udržet. Vyčká se alespoň částečného zhojení této oblasti a provedou se otisky obou čelistí alginátovou otiskovací hmotou. V laboratoři se připraví na pracovních modelech voskové šablony. U pacienta se obvyklou metodou registrují čelistní vztahy. Modely se zastaví do artikulátoru a zuby, které se budou extrahovat, se postupně odřezávají z modelu a nahrazují se zuby pryskyřičnými. Po kompletaci zubního oblouku se náhrada zatmelí, polymeruje a vypracuje obvyklým způsobem.

Bezprostředně po extrakcích zubů se náhrada odevzdá. Pokud dobře adheruje, není nutné ji podkládat. Pro případné vyrovnání nedostatečné retence se používá zinkoxideugenolová pasta (nesmí se dostat do extrakčních ran). Pacient se poučí, aby náhradu nevyjímal na delší dobu (možnost otoku protézního lože), a současně se informuje o nutnosti úprav náhrady i jejím podkládání v průběhu hojení. Doba používání této náhrady bývá dva až tři měsíce.

## **2.5 Nesponová náhrada**

Nesponová náhrada je takový typ snímatelné náhrady, jejíž spojení se zuby nezajišťuje klasický sponový systém, ale kotevní prvky, které nemají viditelnou neestetickou retenční část.

Tato část je zavzata uvnitř kombinované náhrady. Patří sem zásuvné spoje, teleskopické korunky, kotevní, opěrné třmeny.

## 2.6 Snímatelná náhrada s opěrným třmenem

Opěrný třmen je indikován tehdy, když je biologický faktor zbytkového chrupu zhoršený a existuje možnost lineárního propojení pilířů. Zásadní je stejný biologický faktor a prognóza zubů, které ponesou opěrný třmen. Možnost dekapitace zubů u tohoto řešení odstraní extraalveolární páku.

Opěrné třmeny se vyrábějí většinou v podobě spalitelných prefabrikátů, které se pojí buď s kořenovými čepičkami, nebo s korunkami.

## 2.7 Hybridní náhrada

Hybridní náhrada je pojem, který označuje rozsáhlé snímatelné náhrady, většinou určené pro defekty III. třídy, tedy pro chrup s oslabeným parodontem. U hybridních náhrad se využívá ke kotvení a přenosu žvýkacího tlaku kořenových kotevních elementů nebo teleskopických korunek.

Je to typ náhrady, kde převažuje mukózní přenos zatížení protézního lože a kde zbylé zuby zajišťují pouze menší část retence náhrady. Zachovaný závěsný aparát umožňuje senzorické čítí. Receptory v periodonciu shromažďují informace o směru a velikosti žvýkacích sil. Resorpce kosti pod hybridní náhradou je výrazně pomalejší než pod náhradou celkovou.

Nejjednodušší retenční prvky představují **kořenové čepičky**. Jedná se o kořenové čepy spojené s čepičkami u endodonticky ošetřených zubů, kde vlastní retenční síla spojení je zanedbatelná.

Hybridní náhrada v klasickém provedení využívá k retenci **zásuvného spoje** ve tvaru kuličky kotveného do kořene. Retence kořenového čepu je buď pasivní – vložení a natmelení hladké nástavby, nebo aktivní – zašroubováním čepu. Matrice je plastová nebo kovová, aktivovatelná.

## 2.8 Snímatelné náhrady ve spojení s implantáty

Implantáty ve svém vývoji prodělaly výrazný posun při hodnocení stomatologickou veřejností, a to z hlediska objektivního dlouhodobého úspěchu integrace i subjektivního pocitu pacienta. Implantáty v kombinaci se snímatelnou náhradou mají v protetice zvláštní postavení.

Pro použití snímatelné náhrady ve spojení s implantáty mluví několik důvodů. Při sejmutí náhrady je možná optimální péče pacienta o implantáty. Snímatelnou náhradu lze při dlouhodobém použití, a tedy opotřebení, snadno opravit či vyměnit bez poškození implantátu. Řešení je tedy po všech stránkách bezpečnější. Zvyšování počtu zavedených implantátů v jedné čelisti je trendem současné stomatologie. V ideálním případě by měl jeden implantát nahradit jeden zub a při ztrátě všech zubů se rekonstrukce provádí za podpory 6-8 implantátů. Moderní zubní implantát tvaru válce nebo šroubu se integruje do kosti a tvoří pevné spojení typu ankylózy.

Ankylóza implantátu – pilířů je velmi vhodná pro jejich rigidní spojení se třmenem. Plastové stlačitelné jezdce kompenzují resilienci sliznice. Druhou alternativou jsou kulové retenční prvky (Dostálová, 2004).

Rozdělení a charakteristiku zubních náhrad už známe. Nyní si popíšeme následnou péči o zubní náhradu, postupně vysvětlíme ústní hygienu a způsob nošení zubní náhrady.

### **3. Následná péče o zubní náhradu**

Kapitola třetí – Následná péče o zubní náhradu vyložena dle odborného článku Charváta, Dostálové, Hubálkové, Charvátové (2005); dále dle článku Marxkorse (2007).

#### **3.1 Ústní hygiena u pacientů se zubními náhradami**

Ústní dutina je z pohledu mikrobiologie zcela jedinečné prostředí. Skládá se z řady biotopů odlišného charakteru a mikrobiologické osídlení ústní dutiny se během života jedince mění. Vliv na mikrobiální prostředí mají různé faktory, jako jsou sliny, složení stravy či stravovací návyky, přítomnost zubů, zubních náhrad i imunitní stav jedince. Složitost a proměnlivost fyziologických a patologických jevů je důvodem velmi rozličného zastoupení mikroorganismů v dutině ústní. Jsou to právě mikroorganismy a jejich extracelulární produkty, které tvoří tzv. zubní plak.

Dentální plak je měkký, tuhý, lepivý a histologicky strukturovaný zubní povlak, který se nachází zejména v proximálních prostorech a v oblasti zubního sulku a nelze jej odstranit vodním sprejem. Vedle bakterií a produktů jejich látkové výměny se plak skládá ze zbytků potravy, stržených epitelových buněk, buněčných zbytků a složek slin. Hlavní komponentou jsou bakterie (cca 90 %), přičemž jejich masa v povlaku je velmi vysoká. Tento zubní mikrobiální plak se uplatňuje při vzniku dvou nejčastějších chorob dutiny ústní, tedy zubního kazu a plakem podmíněných parodontopatií.

Prvořadým úkolem ústní hygieny je odstraňovat mikrobiální plak a předcházet tak negativnímu působení mikroorganismů.

Správná ústní hygiena a její pravidelné a přesné provádění musí být součástí péče o chrup a z komplexního pohledu je podstatnou částí orálního zdraví. Význam ústní hygieny stoupá u pacientů ošetřených zubními náhradami, protože při jejich přítomnosti přibývá retenčních prostor se sníženým samoočišťováním, a dochází tak ke zvýšené akumulaci plaku. Správně, pečlivě a pravidelně prováděná hygiena je nedílnou součástí péče o chrup, přítomnost zubní náhrady ústní hygienu znesnadňuje. (Charvát, Dostálová, Hubálková, Charvátová 2005)

### **3.2 Péče o náhradu**

Základním požadavkem je udržovat náhradu v čistotě a bez plaku. Ten je tak jednoduchý a jasný, že jej mohou všichni pacienti splnit. Měli by být obeznámeni s faktem, že čištěním se náhrada nepoškodí. Dále je nezbytné demonstrovat, jaké čistící a desinfekční prostředky používat, jak často a jakým způsobem.

Všeobecně se k čištění zubů používají zubní pasty a zubní kartáček. Pro čištění snímatelných náhrad se však běžné zubní kartáčky nehodí. Pro tento účel jsou na trhu k dispozici protézové kartáčky, jejichž štětiny jsou delší a silnější a mají pyramidovou část k čištění alveolárních prohlubní.

Obyčejně se čistí nejprve místa, která jsou přímo dosažitelná. Pacient uchopí do jedné ruky náhradu a pevně ji drží, zatímco druhou rukou nasadí kartáček a provádí krátké krouživé pohyby. Tento postup musí být vestibulárně i lingválně prováděn od molárů na jedné straně až k molárům druhé strany a po etapách opakován.

Prohlubně kopírující alveolární výběžky se čistí pyramidovou částí kartáčku. Cíleně je třeba se zaměřit zejména na podsekřivá místa. Náhrada při tom leží naplocho jistě a pevně v ruce, zatímco protézový kartáček se vede horizontálně do podsekřivin.

U částečných náhrad by se měla zvláštní pozornost věnovat očištění hraničních míst a zde použitých attachmentů (zásuvných spojů, teleskopických korunek aj.). K tomu účelu se opět s výhodou používá pyramidová část protézového kartáčku.

### **3.3 Způsob nošení náhrady**

Uživatelům náhrady se doporučuje na noc náhradu nenosit, a to hned z několika důvodů. I s celkovými náhradami může v noci docházet k parafunkcím (skřípání a stlačování zubů), jako tomu bývá u vlastních zubů. Tento nevědomý tlak překonává traumatický potenciál běžných funkcí. Dochází tak k samodestrukci tkání. Stlačují-li se krevní cévy sliznice proti kostnímu podkladu nad hranici jejich odolnosti, dochází k jejich odumírání. Tím je omezena výživa kosti, což vede k jejímu odbourávání. Právě tomu je však třeba zabránit. S kostí se musí zacházet velmi opatrně, zejména pak v období bezzubosti, kdy její rychlejší atrofie snižuje držení náhrady.

Jestliže se náhrady v noci nenosí, může se tkáň, která není primárně v žádném případě uzpůsobena pro trvalé a nadměrné zatížení, přes noc zotavit (ostatně, ani s botami se nechodí do postele). Je-li na odpočinek počítáno osm hodin, pak je tkáň třetinu dne osvobozena od falešného použití a zatížení.

Jako důvod pro noční nošení náhrad se často uvádí rychlejší a snazší návyk na náhradu. O tomto zdůvodnění můžeme uvažovat u „protézových začátečníků“, kde je třeba podpořit co nejrychlejší smyslovou, reflexní i psychickou inkorporaci náhrady, nikoli u zkušených uživatelů náhrad. U nich je proces navykání na náhradu jako cizí/vlastní těleso dávno ukončen.

Noční nošení náhrad lze akceptovat ještě v několika případech:

- U onemocnění temporomandibulárního kloubu, kde změna výšky skusu z důvodu absence náhrady způsobuje těžkosti.
- U pacientů, zvláště mladších, kteří se před svým partnerem stydí za svoji bezzubost. I zde lze noční nošení náhrad tolerovat, neboť riziko psychické újmy je v takových případech větší než možné škody způsobené tímto nošením. Určitým kompromisem zde může být vyjímání jen dolní náhrady.
- Někteří pacienti nemohou bez náhrady spát. Jestliže si zapomenou náhradu nasadit nebo ji před ulehnutím vyndají, probouzí se po krátké době a usnou až tehdy, pokud si náhradu nasadí. Těmto lidem nelze mít za zlé, že vyžadují noční nošení náhrad. Při rozhodování převažují výhody zdravého spaní nad nevýhodami, které mohou být zapříčiněny nošením náhrad v noci.

Stojí-li proti celkové horní náhradě řada vlastních zubů nebo zbytkový chrup v čelisti dolní, pak je otázka nočního nošení náhrad kvůli možnému chybnému zatížení nebo přetížení tkání horní čelistní kosti zvláště aktuální. Při tomto nálezů se zvyšuje riziko tvorby vřadění alveolárního hřebene v oblasti frontálních zubů. Zátěž, kterou nese podklad náhrady při nošení a funkci ve dne, není vhodné v těchto případech dále zvyšovat nočním nošením. Zde je na místě náhradu před spaním z úst vyjímát.

Argumenty, které mluví pro odstranění celkové náhrady na noc, odpadají u částečných náhrad. Ty je naopak žádoucí mít nasazené i při spaní. Parciální náhrady jsou upevněny na zbytkový chrup sponami, zásuvnými spoji nebo teleskopickými korunkami, a tím je zároveň stabilizují. Kdyby se tyto náhrady vyjmuly, mohlo by docházet k posunům a změně pozice nosných a opěrných zubů.



Ráno by se po nasazení náhrad zuby vracely opět do předchozích poloh definovaných náhradou. Tyto pravidelně se opakující změny by neprospívaly stabilizaci zubů.

Oprávnění požadavku nočního nošení částečných náhrad je zvláště zřejmé v situaci, kdy obě čelisti jsou částečně ozubené, ale nejsou k dispozici vyhovující přirozené podpůrné zóny. Podle konstelace zbytkového chrupu může potom při nočním bruxismu docházet k výrazným destrukcím.

Protože jsou částečné snímatelné náhrady opřené většinou o zuby, odpadá nebezpečí, že pod sedlem dojde při zátěži ke stlačování cév až jejich poškození, jak bylo popsáno u celkových náhrad. Částečné náhrady a zbytkový chrup tvoří okluzní (skusovou) jednotu. V případech nočního zatěžování (bruxismus, stlačování) se přenášejí tlakové síly nikoli na sliznici a pod ní ležící kost, nýbrž prostřednictvím vlastních zubů na jejich parodont. Bezzubé části čelisti jsou tak mimo hlavní zatížení.

Souhrnně lze říci, že částečné náhrady je třeba nosit i v noci, celkové naopak pokud možno v noci z úst vyjímat. Tyto náhrady je třeba přes noc ukládat do nádoby s vodou (běžnou vodovodní) a ponechat v ní zcela ponořeny.

Jestliže je jedna čelist opatřena celkovou náhradou a částečně ozubená protilehlá čelist má parciální náhradu, měla by se celková náhrada na noc vyjímat, ale částečná nikoli. Tuto situaci vystihuje následující nález: horní čelist je bezzubá, v dolní čelisti jsou zachovány oba špičáky. Ošetření spočívá v přípravě a výrobě celkové snímatelné náhrady pro horní čelist a kombinované (hybridní) pevně sedící snímatelné náhrady (nejlépe s teleskopickými korunkami) pro čelist dolní (Marxkors 2007).

Kromě následné péče o zubní náhradu je také důležité znát problematiku výživy u pacientů se zubní náhradou, proto si v následující kapitole povíme o faktorech, které působí na vznik malnutrice.

## **4. Výživa pacientů s celkovými náhradami**

Kapitola čtvrtá, o výživě pacientů s celkovými náhradami, je napsána dle odborného článku Bernardové (2004).

Narůstající délka života přináší nutnost zajistit stárnoucí populaci to, co může přejímat a zužitkovat s pocitem uspokojení, a tak jí zajistit přijatelnou kvalitu života. V souvislosti s celkovými náhradami se jedná o jejich zhotovení mimo jiné takovým způsobem, aby jejich kvalita usnadnila dostatečnou výživu ve stáří. Ta musí tělu dodat dostatek energie, minimální množství bílkovin se všemi esenciálními aminokyselinami, sacharidů, minerálních látek a stopových prvků, esenciálních mastných kyselin a vitamínů. K dispozici musí být dostatečné množství vody a pro zajištění pasáže tlustým střevem musí obsahovat rostlinné balastní látky celulózu a lignin. Déletrvající potravní deficit ve stáří může vyvolat chronické změny ve tkáních, které mají za následek únavu, apatii, ztrátu svalové i kostní tkáně, involuci funkce žláz a vznik bludného kruhu hladovění.

### **4.1 Faktory podílející se na vzniku malnutrice**

Na vzniku malnutrice se podílejí tyto faktory: stárnutí, celkový zdravotní stav, funkční kvalita celkových náhrad, množství sliny, ekonomické a sociální faktory.

#### **4.1.1. Stárnutí**

Proces stárnutí ovlivňují vnitřní vlivy, které jsou geneticky dány a vedou k individuálně probíhajícím kvalitativním i kvantitativním involučním změnám. Patří k nim i výkonnost imunitního systému a schopnost udržovat rovnováhu vnitřního prostředí. Zevní vlivy stárnutí jsou ovladatelné a odráží se v nich do značné míry způsob života daného jedince – kouření, alkohol, obezita, podvýživa, nedostatečná pohybová aktivita, časté nadměrné stresy a špatné životní prostředí. Z věkových změn v ústní dutině je nejvíce patrná atrofie sliznic a slinných žláz. Sliznice je tenká, podložená nestejnou vrstvou vaziva, se sníženou odolností k případným traumatům, které způsobí náhrada. Snížená sekrece malých a velkých slinných žláz vede k pocitům sucha a k obtížím při polykání.

Pro sníženou obranyschopnost je hojnější výskyt onemocnění vyvolaných kvasinkami, streptokoky a herpetickým virem. Zvyšuje se počet prekanceróz a jejich maligních zvrátů. Věkové změny v celém zažívacím traktu znamenají pokles zažívacích, trávicích a metabolických funkcí, a tak přispívají k trvalému metabolickému rozvratu. Na snížený metabolismus navazují cévní a nervové poruchy, změny duševního zdraví, detoxikačních funkcí a vylučování. Výživa v procesu stárnutí je tedy součástí mozaiky příčin a následků.

#### **4.1.2. Celkový zdravotní stav**

Stáří provází řada akutních, ale zejména chronických onemocnění s oligosymptomatickým průběhem, která vedou k zanedbávání výživy. Příčinou může být i nechutenství, únava, zapomínání, mentální poruchy, obavy vyvolávající stres a závažná onkologická onemocnění. Vznikají problémy s léčbou, do které nemocní zasahují svévolným užíváním velkého množství léků nebo změnou dávkování léků. Interakce léků s látkovou výměnou může snižovat chuť k jídlu, snižovat vstřebávání vitamínů a blokovat jejich účinek.

#### **4.1.3. Funkční kvalita celkových náhrad**

Bezzubost nepřispívá ke zdraví. Vede stejně jako užívání nefunkčních náhrad k omezenému výběru jídel, snížené konzumaci bílkovin a k preferenci glycidové stravy. Snížení množství slin, alterace dutiny ústní a nízká hygienická úroveň vytvářejí vhodné podmínky pro pomnožení myceliální formy bakterie *Candida albicans* s invazivním charakterem. Žvýkání a polykání je obtížné, množství potravy se snižuje, klesá přívod bílkovin a vápníku, což spolu s nepřesnou náhradou vede k rychlejší resorpci kostěného podkladu protézního lože a k dalšímu zhoršení funkce. Ani žvýkání potravy *lege artis* zhotovenou náhradou plně nenahradí funkční schopnost přirozeného chrupu. Snížená rozměňovací schopnost je kompenzována zvýšenou frekvencí žvýkání. Přesto velikost sousta narůstá. Jedinci s celkovými náhradami potřebují k dosažení stejné kvality rozmělnění delší čas než jedinci s vlastním chrupem. Prodloužená doba žvýkání může vést k poruchám vylučování. Má ale stimulační vliv na sekreci sliny a snižuje častý pocit sucha.

#### **4.1.4. Množství sliny**

Denně se v průměru tvoří 1,5 litru sliny, která smáčí orální tkáň a zvyšuje dentální komfort. Muciny sliny činí sousta kluzkými, a ta se snadněji polykají. Sliny usnadňují žvýkací a artikulační pohyby. Částečné rozpouštění potravy ve slině je předpokladem pro trávení v ústech a účinnost chuťově působících látek. Trávení sacharidů zahajuje ptyalin již během žvýkání. Množství slin je závislé na obsahu vody v těle. Při jejich nedostatku ústa a hltan vysychají, což šetří vodu a přispívá k pocitu žízně a vyrovnaní balance vody v těle. Podnětem pro reflexně řízenou sekreci sliny je vůně a chuť jídla, mechanické dráždění sliznice a žvýkání. Uvádí se, že ve stáří produkce sliny sama o sobě příliš neklesá, a přesto pocity sucha v ústech trpí až jedna pětina populace. Xerostomie může být jedním z příznaků závažného onemocnění – Sjögrenova syndromu. Je také důsledkem dehydratace, stavů po ozáření a obstrukci slinných žláz. Nositelé totálních náhrad častěji trpí medikamentózně indukovanou hyposalií s minimální klidovou salivací. Stimulovaná salivace je dostačující. Mezi léčiva, která ji vyvolávají nebo zhoršují, patří např. anticholinergika, antidepressiva, antiparkinsonika, antihistaminika, anxiolytika, antipsychotika, diuretika, antireflexní léky a antihypertenziva. U neurastenických, fobických a depresivních pacientů je častá tzv. subjektivní xerostomie. Pocity sucha nejsou podmíněny hyposalií. Bývají vázány na dobu mezi jídly, kdy je sliznice zvlhčována slinou tvořenou převážně malými slinnými žlázkami, a na noc, kdy je produkce slin minimální. Příjem potravy a její polknutí je však bez obtíží, protože produkce velkých slinných žláz je plně zachována. Bývá provázána palčivostí až bolestí sliznic. Parestezie až pálení mohou postiženého obtěžovat natolik, že minimalizuje příjem potravy a tekutin. Doprovází některé systémové poruchy pojiva, diabetes, alergie, hypovitaminózy skupiny B. Z potravinových deficitů má na suchu v ústech vliv deficit draslíku, vitamínu B6, železa, vápníku, zinku a vlákniny. U seniorů s xerostomií se prokáže potravinový deficit až v 75 %.

#### **4.1.5. Ekonomické a sociální faktory**

Výběr potravin může být omezen výší důchodu. Pokud však starý člověk žije v harmonickém rodinném prostředí, které pomáhá udržovat jeho fyzickou a duševní aktivitu, bývá tento fakt potlačen. U osamělých jedinců pozitivně působí udržování společenských kontaktů, občasné návštěvy restaurací i společné stravování v jídelnách.

Stav výživy mohou také ovlivňovat faktory etnické, krajové zvyklosti, nutriční úchytky (vegetariáni) a škodlivé módní výstřelky, jakou jsou série ovocných dnů, vynechání sacharidů a podobně.

Na stav výživy ve stáří nezřídka působí i chyby, jichž se senioři dopouští. Patří k nim kupříkladu představa některých, že jídlo je jejich jediná radost, nebo si naopak v důsledku ztráty chuti k jídlu myslí, že nestojí za to jídlo nějak upravovat. Při ztrátě pocitu žízně nebo v obavách z inkontinence nedostatečně pijí. Může tak dojít k dehydrataci až stavům zmatenosti. Stává se, že si starší lidé nesprávně vyloží dobře míněnou radu, například doporučení omezit tuky pochopí tak, že odmítají i mléčné výrobky, které jsou pro ně důležité.

Déletrvající potravní deficit proteino-energetický, vitaminózní nebo iontová disbalance vedou až k rozvoji malnutrice. Nemocní však mohou působit dojmem zdravých, dobře živých lidí, přestože jsou již podvýživou vážně ohroženi, a to hlavně poruchami imunity a vznikem chronických onemocnění z nedostatku bílkovin. Kubešová a spol. v roce 2003 uvádějí, že až 16 % starších nemocných žijících ve vlastním prostředí má kalorický příjem nižší než 1000 kcal/den. Stejný příjem má podle různých zdrojů 17-65 % hospitalizovaných a 5-59 % institucionalizovaných nemocných (Bernardová 2004).

Následující, předposlední kapitola, vykládá o neméně důležité problematice nesnášenlivosti zubní náhrady některými pacienty. Postupně pohovoříme o základních problémech, rozsahu dráždění, toleranci protézního lože, pocitu cizího tělesa, suchu v ústech, alergické reakci, postupech při stanovení diagnózy, bio náhradě i o závěrech pro stanovení diagnózy a terapie.

## **5. Nesnášenlivost náhrady jako následek zvyšujícího se dráždění zubní náhradou a poklesu individuální tolerance**

Kapitola pátá, o nesnášenlivosti zubní náhrady, vyložena dle odborného článku Blankensteina (2002).

Intolerance ke snímací náhradě chrupu je především problém klinický. Přesto je stále konfrontován i se zubními technikami. Děje se tak zejména při podezření, že náhrada byla vyrobena z horšího materiálu, anebo že při zpracování došlo k závažným chybám. Takovému nařčení mohou zubní laboratoře snadno oponovat, protože podstoupily obtížný a byrokraticky náročný postup k získání dokladu záruky stálé kvality práce.

Občas se při hledání „snášenlivých“ materiálů užívají různé metody, objevují se i jednotlivé názory zubních techniků, kteří vyžadují individuální „testování“ materiálů na pacientovi. Všechna tato podezření a názory jsou založeny na chybné domněnce, že intolerance zubní náhrady je především a téměř výlučně otázkou nesnášenlivosti způsobené materiálem. Tento jednoznačně zastaralý názor však zakrývá hlavní problémy, které má postižený pacient. Pokud zubní lékař a zubní technik tento názor akceptují, riskují, že přehlédnou pravý původ onemocnění. Intolerance k zubní náhradě by se neměla považovat za prioritní příčinu potíží, jež se objevily při ošetření a zhotovení náhrady. Mnohem častěji musíme akceptovat, že příznaky intolerance jsou komplikací, která se při ošetření zubní náhradou často opakuje. Podobá se situaci, kdy přes veškerou péči dojde po extrakci zubu k následnému krvácení nebo infekci.

Postižení pacienti mnohdy podstoupí skutečnou odyseu při návštěvě více praxí (a laboratoří), kdy přivedou tamní zubní lékaře (a zubní techniky) až k zoufání svojí zřetelnou rezistencí na terapii. Ošetřující i technik nakonec zjistí, že každý neúspěšný pokus o ošetření problémy naopak ještě zhoršil. Potíže pacienta se stávají chronickými a jsou jen stěží léčitelné, někdy téměř vůbec. Tento fatální vývoj je ve všech případech následkem mnoha individuálních okolností.

## 5.1 Základní problémy

Je třeba poukázat na několik základních, ze systému vycházejících příčin, které mohou být důvodem těžké intolerance náhrady, kterou pak sám ošetřující může jen nesnadno ovlivnit:

- Mezi lidmi (a to i mezi zubními lékaři) je široce rozšířen somaticko-redukcionistický obraz nemoci. Podle této představy musí být tělesně (somaticky) pociťované potíže způsobeny na místě účinkujícími fyzikálními nebo chemickými příčinami. Ty lze, například u jednoduchého místního otlaku, lehce ošetřit. Tato představa však nestačí k tomu, aby se porozumělo mnoha jiným problémům, které vznikají „nepřímo“ a jež se pak v nejhorším považují za „smyšlené“, protože nejsou klinicky zaznamenatelné.
- V Evropě pohlížíme na slova začínající slabikou „psy“ vždy stejně podezřívavě, jako je tomu u „psychiatrie“, takže pacienti často již při pouhém dotazu na psychický stres reagují buď nedůvěřivě, nebo zcela odmítavě, a tak předem nepřijímají reálnou naději na vyléčení.
- Platné předpisy o poplatcích za stomatologické ošetření ve většině evropských zemí nepamatují dostatečně na to, aby se mohl zubní lékař problému příznaků intolerance pořádně věnovat. Skutečnost, že nové celkové náhrady jsou vlastně „úplně“ dohotoveny až po fázi adaptace, je přes všechny vědecké poznatky ignorována, a to jak nemocenskou pojišťovnou, tak i příslušnými úřady. Přísně vzato, předpisy o nemocenském pojištění nepředpokládají, že je u totální náhrady někdy třeba provést sekundární remontáž. Pacientovi „nemocenské pokladny“ lze pak podobný výkon jen stěží vyúčtovat. Je totiž většinou skálopevně přesvědčen, že privátně doúčtované výkony jsou buď nepotřebné, anebo slouží pouze k vlastnímu obohacování lékaře či technika.

To však vede k tomu, že pokud se nějaké potíže objeví, hledá se nejprve „činitel“ a teprve potom jejich příčina. Aby nedošlo k nedorozumění: ne každá intolerance náhrady je dána osudem, vedle neopomenutelné noxy „cizího tělesa“ se často nachází dostatek technických a lékařských „výrobních pochybení“ a stejně často i „pochybení při užívání“ pacientem.

## 5.2 Rozsah dráždění zubní náhradou oproti šíři tolerance u protézního lože

K popisu a porozumění proměn, ke kterým dochází v komplexu příčin intolerance, by mělo posloužit názorové schéma, které již v roce 1977 předložili Schubert/Schubert. Podle tohoto schématu nastupují potíže tehdy, jestliže pacient nechce již dále tolerovat míru nezbytného dráždění. Přitom nerozhoduje absolutní rozměr dráždění.

Vzhledem k vysoké toleranci snáší většina pacientů cizí těleso „náhrady chrupu“ poměrně dobře. Mnohem více rozhoduje vzájemný poměr obou kategorií.

I malé dráždění může vést k masivním potížím, pokud je míra tolerance individuálně snížena následkem celkových onemocnění, psychickou zátěží nebo poškozením tegumentu (vnitřní membrány nukleoplastů).

### **5.3 Dráždění způsobené snímatelnou náhradou chrupu**

Ve vztahu ke dráždění, které způsobuje snímatelná náhrada chrupu, je třeba zohlednit tři aspekty: změny biotopu ústní dutiny, chemické účinky látek, které materiál obsahuje, a mechanické zatížení.

#### **5.3.1 Změny na biotopu**

Se ztrátou zubů mizí také mikrobiální osídlení na povrchu zubů a v parodontálních chobotech. Po nasazení náhrady vznikají dobré podmínky pro usídlení kvasinek, zejména v horní čelisti. Abu-Elteen (1998) zjistil až u 75 % zdravých nositelů zubní náhrady přítomnost bakterie *Candida albicans*. Sídli jak na porézním povrchu náhrady, tak i na sliznici. Údaje o rozšíření těchto zárodků jsou v literatuře různé, svoji úlohu zde hraje pravděpodobně i strava. Oproti „sooru“, vyskytujícímu se u chorobného nebo terapeuticky sníženého imunitního systému, se však u většiny stomatitid, jejichž příčinou je nošení zubní náhrady, téměř neprokazují imponující bílé a smývatelné povlaky. Zmiňovaná *Candida* – asociovaná stomatitidou, jejíž příčinou je zubní náhrada – se vyznačuje spíše temně rudou sliznicí. Často souvisí s papilární hyperplazií v oblasti tváří a s bolestivými ragádami v ústních koutcích. Výrazný slizniční erytém není spojen téměř se žádnými obtížemi. Pouze občas byly popsány nepříjemné pocity (svědění, chuťové poruchy), ještě řidčeji pocity pálení na sliznici. K určení diagnózy stačilo zubnímu lékaři ve většině případů jen provedení stěru a jeho následná kultivace v mikrobiologické laboratoři, k terapii postačila vhodná antimykotika. Kromě přísnějšího režimu ústní hygieny je k dispozici celá řada jednoduchých, a přesto účinných opatření, která lze použít i k profylaxi:



- Snímací náhrady chrupu by se měly po adaptaci zásadně na noc vyjímat z úst, což alespoň na několik hodin pomůže ovlivnit prostředí, které se pod nimi vytvořilo. Kromě toho každodenní masáž ústní sliznice odstraní zatím jen zlehka přilnuté zárodky podobně jako vzniklý povlak uhlovodanů. Dále, což se považuje za ještě důležitější, dojde k lepšímu prokrvení sliznice, která je přes den zpravidla jen málo zvlhčována.

- Vlhké ústní koutky lze většinou vysušit správným stanovením vertikální dimenze.

- Povrch náhrady přiléhající k ústní mukóze není pro zubního technika „tabu“, ale měl by být do konečné podoby upraven měkkými leštícími kartáčky.

- Profylaxe je možná i při volbě materiálu pro zubní náhradu: prokázalo se, že na bázích náhrad z termoplastů, jakými jsou polykarbonát, Luxen, Polan či POM, a na nepolymerizovaných polykarbonátových foliích se usazuje signifikantně menší množství kvasinek.

- Hyperplazie tvářové sliznice představují skryš pro mikroorganismy a často se stávají východiskem pro vznik další neoplazie. Lze je však poměrně snadno chirurgicky odstranit. Po až překvapivě nekomplikovaném vyhojení se však musí báze náhrady patřičně upravit.

- Při každé návštěvě zubního lékaře by mělo dojít k rutinní dezinfekci náhrady ponořením.

V každém případě musí ošetřující lékař provést průběžnou kontrolu, znamená to asi čtyři týdny od zahájení léčby provést stěr. Pokud nedojde k vymizení obtíží a nález zůstane beze změn, patří případ již do rukou specializovaného pracoviště.

### **5.3.2 Dráždění způsobované uvolňujícími se chemikáliemi**

Chemické látky mohou v lidském organismu vyvolat v zásadě dvě reakce: toxický účinek a alergickou odezvu imunitního systému. Projev „nesnášenlivost“ by se měl na tomto místě rázně odmítnout, protože s ním jsou nevědomky spojovány emocionální složky, které nelze technickými prostředky ovlivnit.

#### **5.3.2.1 Toxický účinek**

Chemické složky vylučující se ze zubní náhrady narušují různým způsobem buňky přilehlé tkáně. Pokud se dostanou do krevního oběhu, dochází k celkovému poškození. Zřetelné toxické působení je podmíněno jejich určitým množstvím a závisí i na koncentraci chemické látky. Tomu by odpovídalo, že každá, třeba i prospěšná a „užitečná“ substance se může stát příčinou, jež vyvolá onemocnění. Teprve velikost dávky z ní udělá jed.

Co to znamená ve vztahu k dnes běžně užívaným plastům, ze kterých se zhotovují náhrady chrupu? Z každého materiálu se přirozeně uvolňují nízkomolekulární složky. Zvláštní pozornost je třeba věnovat volným zbytkům monomerů v systémech katalyzátorů. Výzkumné vývojové práce posledního desetiletí však přinesla zřetelná zlepšení: z pověstného benzoylperoxidu lze v moderních plastech nalézt již jen stopy.

Obsah zbytkového monomeru se u polymerizátů za studena liší od výrobku k výrobku, většinou se pohybuje mezi 2,0 % a 4,5 %, polymerizace však probíhá ještě dále a po jednom týdnu klesá zbytek volného monomeru o další třetinu. Pokud se hotové výrobky z plastů skladují v podmínkách, které se podobají prostředí v ústech, snižuje se množství zbytkového monomeru po dvou dnech již o polovinu počáteční hodnoty a po dvou týdnech dosahuje pouze 0,5 %. Dochází při tom vedle „dokončené polymerizace“ ještě k dodatečnému „skladovacímu“ procesu. Zbytkové množství monomerů se u polymerizátů za tepla ihned po zhotovení pohybuje zřetelně příznivěji - mezi 1,0 % a 1,4 %. Pokud dojde k podobnému skladování, o jakém se hovořilo výše, nedochází již ke zřetelnému poklesu volných monomerů. Nejnižší obsah zbytkových monomerů byl prokázán u termoplastů, avšak u těch při zahřátí dochází vždy k omezené depolymerizaci, a tím i k uvolnění určitého množství monomeru.

Pokud je i u nejmodernějších materiálů známo, že při skladování dochází k dalšímu omezenému vyloučení monomerů, mělo by se toto uvolňování zajistit ještě v laboratoři. Pravidlem by proto mělo být, aby každá hotová náhrada chrupu byla dle možnosti co nejdéle (minimálně 24 hodin) uložena v teplé vodě. Po nasazení práce do úst pacienta je tak již relevantní část uvolňujících se substancí vyloučena. Skutečností zůstává: taková dávka uvolněných látek, která by měla toxický účinek, se téměř nikdy nenahromadí, pokud proces zpracování plastů proběhne správně.

Protože je třeba počítat, že při přímém kontaktu čerstvě připraveného plastu se sliznicí dochází ke koncentracím volných monomerů v rozsahu cytotoxicity, neprovádí autor nikdy přímá podložení – rebaze s PMMA (polymetylmetakrylát).

### **5.3.2.2 Alergická odpověď imunitního systému**

Přísné pravidlo, že k alergické reakci dochází nezávisle na množství látky, pro ústní sliznici úplně neplatí. Aby se dosáhlo analogické reakce na kůži, je třeba až dvanáctinásobné koncentrace alergenu. Má to více důvodů: Oproti pokožce není na sliznici jakýkoliv tukový ochranný film, ve kterém se alergen nejdříve po delší čas ukládá či je delší dobu přítomen.

Tato „doba pobytu“ se navíc zkracuje rychlou resorpcí složek, které přicházejí v úvahu, sliny je jednak ředí a jednak odplavují. Tím lze vysvětlit, že stále opakovaný požadovaný test nepřináší v ústní dutině potřebný výsledek. Při posuzování se takové názory dosud odmítaly.

Výskyt alergie není následkem jedné substance. Častěji se jedná o vlastnost jednoho individua, chorobně převyšující imunitní reakci na přítomnost jedné složky (jednoho alergenu). Stálé zařazování jedné popisované látky a její označování jako „alergen“ není vědeckým lékařským termínem a nenajde se ani v jakémkoliv seriózním lékařském lexikonu. Tomu odpovídá i to, že reklamy na výrobky s atributy „antialergen“ nebo „hypoalergen“ nemají jakýkoliv smysl.

### **5.3.3 Mechanické dráždění**

Toto téma se převážně vztahuje na ulcerace způsobené ostrými hranami, perličkami na povrchu plastů, anebo příliš extendovanými funkčními okraji. Jedná se tudíž o místa otlaků. Lze je dobře rozeznat a dají se snadno odstranit. Těžší je rozeznat tzv. „pohyblivé otlaky“. Nad jejich opakováním a bolestivostí si účastníci téměř zoufají. Ten, kdo v těchto případech v dobrém úmyslu počítá se šťastnou náhodou a náhradu obrušuje, riskuje klasický neúspěch: náhrada je většinou tak dlouho znovu a znovu opracovávána, že potom již nesedí. S nově zhotovenou náhradou začíná tato „hra“ znovu a končí nakonec ztrátou důvěry jak v zubního lékaře, tak i v technika. V mnoha těchto případech se jedná o mechanické přetížení, ovšem nevědomky jsou jeho příčinou parafunkce pacienta. Neustálé ohmatávání rušivých míst náhrady jazykem a neustálé vyvolávání tlaku silným skousnutím zubů kvůli stresu z potíží, jež vyvolávají nedostatky vypracování či nepevného držení nejistě sedící náhrady, představují enormní přetížení zakryté sliznice a mohou vést až k trýznivému pocitu pálení.

Na sliznicích se však nevyskytují změny, jež by svým rozsahem a charakterem odpovídaly takové bolesti, a tak se často ani nepočítá s možností podobných příčin. Při tom by si téměř každý mohl vzpomenout, že v dětství se po vycucání více kyselých bonbónů po sobě dostavily podobné potíže. Tyto bezděčné návyky pohybu jazyka, čelistí, rtů nebo tváře, jež potíže vyvolávají, probíhají většinou nevědomky, mnoho pacientů má podezření, že se jedná o jakýsi odlehčovací manévr (odchylku) z důvodu toho, že náhrada je „špatně zhotovena“. Pokud si však někdo dá práci se sebek pozorováním, nejednou s údivem objeví, jaké akrobatické pohyby s pohyblivými částmi orofaciálního systému vůbec provádí. Toto často psychosomaticky způsobované přetížení sliznice lze rozpoznat jen na podkladě mnoha pocitů a lze jej léčit. Je k tomu však potřeba někdy mnoho zdoluhavých, „hodiny trvajících“ rozhovorů.

Přístupným pacientům se dá pomoci poměrně rychle. Mnoho lékařů má však k podobnému způsobu terapie výhrady, ba neporozumění. A i ze strany pacientů můžeme zaznamenat takové poznámky k dosavadním problematickým výsledkům léčby, jako je například: „Kdyby jen nemluvil, ale dělal i něco proti bolesti...“

Jiné typické přetížení sliznice nastává, pokud vznikne takzvaný kohoutí hřeben. I v těchto případech může dojít k pocitům pálení, které nelze odstranit bezduchým obrušováním báze náhrady. V těchto případech pomáhá jen cílená profylaxe takzvaného kohoutího hřebenu: zajištění dostatečných vzdáleností řezákových hran, zábrana pozvolného poklesu skusu, a tím vznikající progenie, a dostatečná opora v oblasti postranních zubů.

## **5.4 Tolerance – snášlivost protézniho lože**

Individuální tolerance je u člověka v určité míře vrozená. Mění se však vlivem celkových onemocnění, změnou hormonálního stavu a stářím. Ne všechny tyto vyjmenované aspekty lze ovlivnit lékařskými nebo technickými opatřeními. Přesto je záhodno mít o tom alespoň základní vědomosti, aby se mohl problém pacientovi vysvětlit, aby nebyl pacient vystaven marnému (ale velmi nákladnému) terapeutickému akcionismu.

## **5.5 Pocit přítomnosti cizího tělesa**

Cizí tělesa v ústech vyvolávají v jednotlivých případech zřetelný odpor projevující se dávením. Příčinou mohou být i zubní kartáčky. Pokud se tyto projevy objeví až v souvislosti s nasazením zubní náhrady, lze pátrat po lokálních příčinách, o kterých se hovořilo již dříve. V jednotlivých případech pomáhá akupresura či akupunktura. Pokud to nestačí, musí se pacient podrobit psychoterapii nebo ošetření s použitím hypnózy.

## **5.6 Sucho v ústech**

Niedermeyer našel u 358 pacientů se zubními náhradami asociované dysestezie, tedy vysoce signifikantně sníženou sekreci slinných žláz spojenou s pálením, pocitem chlupatosti či „mravenčením“ na ústní sliznici. Příčiny pocitu sucha v ústech bývají různé, často je však původců více:

- Stálé zakrytí patrové sliznice při „24hodinovém nošení“ vede k pozvolné atrofii malých slinných žláz na patře.
- Psychický stres snižuje produkci slin. Průpovídka jako „Z rozčílení mně vyschlo v ústech“ tuto souvislost ilustrují.
- Ozařování v oblasti hlavy vede k trvalému poškození slinných žláz.
- Celková anestezie akutně snižuje sekreci slin.
- V rámci takzvaného „syndromu sicca“ je postiženo více exokrinních žláz, jmenovitě vedle slinných žláz i žlázy slzné a sekrece žaludečních šťáv.
- Celá řada léčiv má za následek nepříjemné vedlejší účinky, ke kterým řadíme i sucho v ústech. Patří mezi ně léky proti vysokému tlaku, často užívané zejména staršími lidmi, dále antidepresiva a prostředky k podpoře srdeční činnosti.

Diagnózu lze potvrdit změřením produkce slinných žláz v klidu a v činnosti. Zvýšení produkce slin pomocí farmak je sice principiálně možné, vedlejší účinky těchto látek jsou však značné a nedají se upravit, a proto nejsou schváleny. Zbývá tudíž jen použití přípravků nahrazujících sliny. K dispozici máme například gely, které zvlhčují sliznici, roztoky k výplachům úst nebo zubní pasty. Přirozenou úlevu může přinést již zmíněná masáž sliznice spolu s omezením nočního nošení náhrady.

## 5.7 Alergická reakce

Tato diagnóza je mezi zubními lékaři velmi oblíbená a lékaři jí velice věří zejména v souvislosti s intolerancí k zubní náhradě. Protože imunologie nepatří dodnes k nejdůležitějším kapitolám při studiu medicíny, shledávají se odchylné představy o obrazu nemoci. Například široce rozšířena je víra, že imunitní systém může být oslaben různými chemikáliemi, což nakonec vyvolá alergickou reakci. Avšak i léky nebo chorobou oslabený imunitní systém může sotva plnit svou původní úlohu, nejkulí pak překonat nemoc, tedy alergicky reagovat. V principu může každá látka jako antigen, anebo vlastní bílkovina těla vyprovokovat imunitní systém k takovým excesům. Aby došlo k takové reakci, musí nejdříve dojít k senzibilizaci vhodných buněk, tj. k takzvanému prvnímu kontaktu. Jestliže se alergická reakce typu IV, jež připadá v úvahu, odehrává převážně na kůži/sliznici, musí se zde hledat i klinické příznaky: zarudnutí, plošné zduření, případně eroze v oblasti kontaktu. Za odpovídající syndrom lze považovat i vytvoření anomálií projevujících se zrohovatěním sliznice (lichen).

Celkově představuje alergie na dentální materiály jen proto problém hodný zmínky, protože téměř ve všech případech, kdy jsou potíže nejasné, padne podezření nejdříve na ni. Na tom nemohou nic změnit ani celé série prací na toto téma. Mnohem více než pacienti jsou však alergií ohroženi zubní technici, kteří s těmito plasty pracují.

Denně přicházejí bez vhodné osobní ochrany do styku s monomery, a vystavují se proto až osminásobnému riziku vzniku alergické reakce. Bohužel dosud nejsou na alergické reakce proti dentálním materiálům připraveny dostatečně bezpečné testy. Těch pár, které jsou k dispozici, by měli provádět odborní lékaři. Epikutánní test (ECT) se provádí na podstatně citlivější pokožce na zádech. Výsledky tohoto testu musí být, jak neustále potvrzují kožní lékaři, vyhodnoceny dohromady s klinickými projevy na sliznici. Profylaktický test je proto beze smyslu. Bohužel mnoho ošetřujících se k tomu nechává pacienty dotlačit. Imunosystém neprozradí, na jakou substanci bude příště chorobně reagovat. V nejhorším případě upozorní tento test na přítomnost imunobuněk na citlivější části kůže. Je-li koncentrace vysoká, pak případně ukazuje na potenciální alergen a vyprovokuje senzibilizaci. Tu však nelze klinicky rozeznat. Negativní výsledek uklidní pacienta, a tak se po ošetření náhradou chrupu může objevit klinická reakce. Kontaktem pouze na sliznici by pravděpodobně k senzibilizaci nedošlo.

I když se dá dohromady klinický stav a výsledek testu, ani pak není diagnóza alergie stoprocentní. Často potíže přetrvávají, i když se náhrady zhotoví znovu pomocí jiných alternativních materiálů. V tomto případě se někdy dojde k podezření, že byla jmenována již na začátku, to jest, že příčina se musí hledat i u stresovaných pacientů. Nikdo netvrdil, že by vždy dosáhl úspěchu se svými metodami a materiály. Pravděpodobně ztratili „neúspěšní pacienti“ důvěru a změnili svého zubního lékaře a laboratoř. Právě tím, že diagnóza se nedá s jistotou a beze zbytku určit, patří ke každému novému provedení vysvětlení, že přes všechnu námahu není výsledek zaručen, ale účet se vystaví vždy.

Realitou zůstává: Stálé a nekritické podezření na nejkrásnější diagnózu „alergie“ způsobuje, že si mnozí lékaři budují kariéru na problému „nesnášenlivosti“. Hledání snášenlivého materiálu vede k tomu, že se jiné způsoby terapie opomíjejí, jindy to vede k rozloučení s přemrštěnými požadavky lékaře. Na alergické reakce by se mělo pomýšlet až po vyloučení všech ostatních možností. Kdo nezná intraorální stav postiženého pacienta, neměl by vůbec doporučovat provádění nějakých testů.

Ostatně: oblíbený test s odejmutím náhrady, tedy nepoužívat zkušebně náhradu více než 24 hodin, není v žádném případě důkazem pro alergickou reakci. Současně s náhradou se totiž vyřadí i jiná podráždění, jmenovitě mechanická, mikrobiální a psychosomatická.

## 5.8 Alternativa k postupu při stanovení diagnózy

Dosud nešlo vědecky vyhodnotit žádnou z uváděných metod zkoušek, ať se jednalo o elektroakupunkturu či kinesiologii. Zprávy o kladných výsledcích vycházejí pouze z omezeného, navíc vždy pozitivního hodnocení, jehož autory jsou propagátoři těchto metod. Bohužel, často se terapeuti, kteří se rádi označují za přístupné všem názorům, orientují na velmi omezenou monokauzální léčbu. Jako příčinu potíží označují buď kvasinky v ústech, nebo amalgam, měď, jindy naopak nedostatek mědi či kovy všeobecně nebo domněle silně radioaktivní keramiky. V protikladu k rozumné úvaze o úloze všech možných symptomů dochází k negování úlohy psychiky. Problémy nastávají, jestliže na základě výsledků obskurních testů dochází ke vzniku zásadních doporučení různých terapií. Bez ohledu na testování leží riziko neúspěchu na terapeutovi. Je třeba se postavit čelem i k omylům, jejichž příčinou jsou výsledky testů. Měli bychom zde také varovat před jednostrannou spoluprací. Někdy vede sice počáteční naděje na vyléčení k dočasnému zlepšení, zpravidla však je i potom obraz potíží stejný.

Dá se bezpečně vykládat, že „zlá“ školní medicína převzala dávné metody léčitelů, pokud třeba jen z poloviny udávali reprodukovatelné výsledky. K jednotlivým případům trvalého zhojení mohlo, dle současného stavu znalostí, dojít i spontánně, účinkem placeba či sugesce. Aby se dosáhlo podobného efektu, musel se pacient pokaždé setkat s přesvědčivým, až sugestivním projevem terapeuta, anebo pevně a plně důvěřovat léčiteli.

## 5.9 Bio-náhrada

Předpona „bio“ není chráněná a lze ji těžko definovat. Každý si ji může vyložit po svém, jak se mu líbí. A protože „bio“ v protikladu ke zlému „chemo“ vzbuzuje příjemné asociace, jsou tato tři písmena inflačně zneužívána. Dochází při tom ke vzniku tak absurdních pojmů jako „bioslitiny“ nebo „bioplast“, a to i pro materiály čistě chemického původu. Je otázkou, zda má dentální společenství tak hloupé výrazy vůbec zapotřebí. Tomu by mělo odpovídat i to, že by zubní technici neměli lákat lékaře a pacienty na pojmy „biokompatibilní materiály“, protože tím nepřímo sdělují, že jiné laboratoře pracují s „bionesnášenlivými“ substancemi. Nehledě na to, je znovu a znovu sugerováno, že intolerance je snad jen otázkou působení materiálu. Stresovaný uživatel zubní náhrady přitom bude mít parafunkce bez ohledu na to, zda byla zhotovená z luxenu, andorami či acetalu nebo jiných běžných materiálů.

Pacienti by však místo toho měli získávat především dokonalejší péči ošetřujícího, a zvláště pak dokonalé vypracování snímací náhrady.

## 5.10 Závěry pro diagnózu a terapii

Projevy intolerance proti snímacím náhradám chrupu jsou mnohotvárné. Symptomy lze mezi sebou jen těžko rozeznat, mnohdy se dají i sotva pochopit. Pro stanovení diagnózy je třeba přiměřeně pochopit mnohem více souvislostí. Pátrání po příčinách by mělo začínat dotazy po případné psychosomatické spoluúčasti. Miller-Fahlbusch stanovili tato kritéria:

- Jsou zjištěny nějaké diskrepance mezi potížemi a anatomickými hranicemi?
- Existují nápadné diskrepance mezi individuálně vylíčeným a běžným klinickým průběhem?
- Nepomohly by v tomto případě jiné úspěšné způsoby léčení?
- Došlo k neobvyklé duševní spoluúčasti?
- Je nějaká shoda mezi rodinnými příhodami a počátkem obtíží?

Přirozeně nemá každý případ intolerance psychosomatickou příčinu. Pokud se k podezření na tuto příčinu dojde až po týdnech neúspěšného hledání míst s otlaky a vyzkoušení více „antialergických“ přípravků, neberou se pak tyto potíže již vážně a zkouší se možnost odeslat pacienta s přídomkem „psychicky nevyrovnaný“ k psychiatrovi.

Po takovém interním vysvětlení bylo možné stanovit další otázky:

- Jak byl pacient spokojen s předešlým ošetřením?
- Je hmota, ze které byla náhrada zhotovena, zpracována správně a odpovídá okluze pravidlům?
- Byla náhrada uložena před nasazením alespoň na 24 hodin v teplé vodě?
- Vyjímá pacient na noc náhradu z úst a provádí masáž sliznice, na kterou náhrada přiléhá?
- Má pacient sucho v ústech a jaká léčiva užívá?
- Je báze náhrady kongruentní k protéznímu loži?
- Došlo k vytvoření „kohoutího hřebene“, anebo nastala příznivá situace pro jeho vznik?
- Provádí pacient parafunkce s jazykem, rty, tvářemi; stiská navzájem silou zuby?
- Drží náhrada dostatečně, nebo si musí pacient pomáhat jazykem, protějšními zuby nebo tvářemi?



- Zanořuje se skeletovaná částečná náhrada příliš do sliznice?
- Není vertikální vztah čelistí stanoven příliš vysoký; klapají náhrady při řeči?
- Objevují se známky usidlování kvasinek?
- Dochází ke vzniku kontaktní alergie, jsou klinické příznaky alergie a k tomu i pozitivní test na pokožce?

Větší opravy nebo dokonce znovuzhotovení náhrady by se neměly nikdy zahájit, pokud není jasné, co se má ve srovnání s dosud nevyhovujícím ošetřením vůbec změnit.

Oba základní léčebné směry vyplývají přirozeně z toho, co bylo k diagnostice řečeno:

1. Vyzvednutí individuální tolerance. To je úlohou zubních lékařů, podle potřeby podepřeno o mínění různých odborných lékařů, případně též o psychoterapii.
2. Pokles celkové sumy dráždění. Zde je podstatným bodem technické vypracování náhrady chrupu v zubní laboratoři. K tomu patří i prosazení nedráždivého designu náhrady, zvláště pak u částečných náhrad chrupu. Úspornou a vhodnou konstrukcí zubní náhrady lze eliminovat mnoho místechek pro parafunkce jazyka a rtů (Blankenstein 2002).

Doposud jsme hovořili o zubních náhradách z teoretického hlediska – popsali jsme pojem kvalita života, metody používané k hodnocení kvality života související s orálním zdravím, rozdělení zubních náhrad, péči o náhrady, problematiku výživy a nesnášenlivosti náhrad - a nyní se podíváme na neméně důležitou kapitolu Komunikace v ordinaci, ve které jsme čerpali z monografie Linhartové (2007).

## 6. Komunikace v ordinaci

Jednotlivá zdravotnická zařízení jako pracovní prostředí jsou naprosto jedinečná a výjimečná – četností, rozmanitostí, kvalitou – od praktické ordinace v zapadlém koutě až po špičková superspecializovaná klinická pracoviště v městských centrech.

Do zaměstnání obvykle chodí ten, kdo je pro to nějak připraven a více či méně plní stereotypní vyžadované úkony. Do zdravotnických zařízení denně míří jednak ti, kdož jsou pro práci v nich kvalifikováni, jednak pacienti – lidé nejrozumnějšího vzdělání, odlišných profesí, nejrozumnějších povah, mentálně i tělesně zdraví či postižení, bez ohledu na věk.

A kdo připravuje a vychovává pacienta? Při jednání a komunikaci s pacientem je vyžadována od zdravotnického personálu dovednost a forma, pacienti takto před vstupem do ordinace vybavování nejsou. Je možné se sice odvolávat na určitou část mediální osvěty, tzn. na rozhlas, televizi, noviny i časopisy a na hojnou zdravotnickou literaturu určenou laické veřejnosti, to však může, ale také nemusí být dostačující. Je na vůli pacienta, zda o této specifické problematice čte a poslouchá, anebo se o ni jinak zajímá. Zkušenost praví, že to často bývá až tehdy, kdy ho nějaký problém přivede do ordinace.

Raději je třeba počítat s tím, že pacient přichází naprosto nepřipraven, ale přitom určité kontroluje péči, jíž se mu dostane (nedostane), také rozpozná (kritizuje) zacházení, s nímž se setkal, chyby a omyly lékařů i sester (třeba i zdánlivé) a o chybách a omylech mluví.

Je velkým štěstím, když se tak děje před lékařem a sestrami, převážně však pacient o svých zážitcích mluví mimo ordinaci a tomuto zařízení vytváří příznivou či nepříznivou pověst. Záleží na tom, jak byl přijat, jak byly uspokojeny jeho představy, s nimiž do ordinace vcházel, což může být často i mimo lékařovy schopnosti.

Míra uspokojení pacienta se týká jednak verbální i neverbální komunikace s lékařem, jednak poskytnuté péče. Nejeden příklad je možné uvést pro tvrzení, že lékař, který umí se svým pacientem dobře promluvit, ho už tím začíná léčit a že pacient spíše přehlédně kvalitu léčby než celkový dojem z rozhovoru. Proto je obecně evidováno více stížností na komunikaci než na léčbu a péči. Do ordinace přichází pacient v jistém diskomfortu a jeho chování odpovídá chování dítěte, nařiká, něco ho obtěžuje a přichází za svým lékařem jako za rodičem, od něhož očekává účast a pomoc. Zkušený a dovedný lékař to ví a usiluje o to, aby pacient odešel z ordinace jako „dospělý“, tzn. v emocionální a v racionální rovnováze, poučený, s nadějí na pomoc.

Komunikace s lékařem začíná už otevřením dveří do místnosti. Mnohdy dokonce i dříve. Lidé o lékařích a zařízení vědí předem, mají zprostředkované i vlastní zkušenosti, přicházejí s důvěrou či nedůvěrou, vnášejí do místnosti (k dalšímu jednání) svůj mikrosvět, určité city, představy, naděje, napjatě očekávají, co bude dále, protože mají před sebou něco nepoznaného, nepříjemného, problémového. Je to škála i směsice pocitů. Většinou dominuje touha po okamžitém řešení jejich zdravotního problému.

Může pro lékaře a sestru existovat obecně platný návod jak se chovat? Jistě může, ale s určitým vymezením i omezením. Záleží na tom, jak je lékař na své povolání celkově připraven. Lékař sám musí být do jisté míry dobrým psychologem, sociologem, filozofem i odborníkem, jeho přístup musí být jednak profesionální (naučený), jednak „tvůrčí“ (kreativní), šitý pacientovi a jeho problémům přímo na míru – individualizovaný.

Pacient je ten, kdo žádá službu. Bylo by ideální, kdyby přišel připraven, znal svá práva, věděl, co chce, a uměl se chovat. Značně by tím lékaři šetřil čas a přispěl by nejen k efektivnímu rozhovoru, ale i k efektivnímu řešení, k rozhodnutí o dalším postupu v léčbě a péči.

Pohled do očí je při řeči pacientovi doporučován, ale vnímán spíše jako slušnost než jako objasněný smysluplný prostředek neverbální komunikace. Pacient nemusí v lékařových očích „číst“, naopak lékař by měl oční kontakt s pacientem udržovat právě proto, aby kontroloval pravdivost jeho reakcí. Při obvyklé délce přerušovaného očního kontaktu pozorný a v komunikaci školený lékař umí z pacientova obličeje i gest vyčíst velmi mnoho. A nemusí si ho prohlížet jako preparát pod mikroskopem. Co všechno by chtěl vědět pacient od lékaře, na to se musí zeptat sám. Lékařovou povinností je ovšem dát mu k tomu příležitost.

Je možné sice předpokládat, že nejčastěji pacienta zajímá:

- příčina jeho bolesti či potíží,
- čím a jak lze tu bolest změnit,
- za jak dlouho se jí může zbavit,
- co by měl dělat, kdyby se stav neměnil do hodiny, do tří dnů, do týdne...,
- jaké jsou nežádoucí účinky doporučované léčby,
- jaká omezení mu navrhovaná léčba přinese,
- popřípadě, zda se někdo (nějaké zařízení, centrum) na jeho zdravotní problém specializuje.

To všechno, chce-li lékař šetřit čas, může zodpovědět sám, i když na to přímo dotazován nebude. V podstatě je to jeho povinnost plynoucí z práva pacientů na informace.

V průběhu rozhovoru by měl lékař občas kontrolovat, zda a jak mu pacient v důležitých věcech rozumí, získává tak důležitou zpětnou vazbu. Kontrola porozumění, popř. žádost, aby pacient zopakoval to nejdůležitější, co mu lékař sděluje, není bohapusté zatěžování lékaře, ale tento požadavek souvisí s charakterem lidské paměti – s tzv. pracovní pamětí (fonologickou smyčkou).

František Koukolník ve své knize *Mozek a jeho duše* (2005) píše o tom, že v první složce pracovní paměti se dočasně ukládají řečové (zvukové) i neřečové (neverbální) informace, a dodává: „Jakmile si je neopakujeme, třeba nehlasně, vymizí během dvou až tří sekund.“ Je zde vlastně vědecky zdůvodněný návod, jak si lépe zapamatovat slyšené.

Proto by si měli lékař i sestra vytvořit návyk několikrát zopakovat věty typu:

- Chcete se na něco zeptat?
- Řekněte mi, prosím, svými slovy, co jsem vám řekl.
- Co budete (nebudete) dělat?
- Pokud tomu dobře rozumím, říkáte, že...
- Rozumím tomu správně, že...
- Zopakujte mi, jakým způsobem a z jakého důvodu budete lék užívat, atd.

Tyto věty by měly zaznít téměř při každé návštěvě. Jsou to takzvané otevřené, doplňovací otázky, pacient na ně musí souvisle odpovědět. Nestačí se zeptat „Rozumíte tomu?“, protože pacient odkývá, že všemu rozumí, a když odejde z ordinace, nevzpomene si, co všechno mu lékař řekl. V každém lékařově rozhovoru s pacientem by měly zaznít otázky, které si lze předem promyslet a připravit. Je vhodné vyhýbat se zjišťovacím otázkám (Rozumíte tomu?) a klást otázky doplňovací (Na co se chcete zeptat?). U zjišťovacích dotazů je nebezpečí, že pacient odpoví ano/ne, aniž by to byla odpověď pravdivá. Může si myslet, že všemu rozumí.

Otázky doplňovací jsou pro pacienta náročnější, odpověď závisí na jeho otevřenosti a upřímnosti, na odvaze a schopnosti překonat psychické zábrany, třeba i stud, na charakteru pacientova vztahu k lékaři. Často by se pacient rád dozvěděl, co například jeho nemoc změní v intimním životě, ale ostýchá se, toto ještě není zcela odtabuizované téma. To by se při správně rozvíjené komunikaci v ordinaci nemělo stávat. S ohledem na pacientovu diagnózu a předepisované léky by měl lékař předpokládat, jaké to může pro pacienta znamenat důsledky,

například omezení chuti k jídlu, spavost, ztrátu libida apod., a pacienta na tuto skutečnost upozornit sám. Jinak se dopouští komunikační chyby a mohl by zavinit i psychické poškození pacienta, což už je ošetřeno zákonem.

Všichni pacienti se chovají podobným způsobem. P.Tate uvádí ve svém pravidle tzv. jedné třetiny, že:

- 1/3 pacientů přijme lékařovo doporučení a řídí se jím,
- 1/3 se jím sice řídí, ale nedůsledně, neefektivně,
- 1/3 lékařovo doporučení ignoruje.

Plyne z toho, že 2/3 pacientů – Tate tento zlomek označuje za optimistický – má vlastní nekázní svou i „lékařovu léčbu“. Žádný lékař nevyléčí, nepomůže, když s ním pacient nespolupracuje. Požadavek na dodržování by měl znít z lékařových úst velmi naléhavě.

Problém neukázněných pacientů je hlubší, souvisí s jejich dosud nevyvinutým smyslem pro individuální odpovědnost za vlastní zdraví. Bohužel komunikace v ordinaci nemá dosud takovou úroveň, aby se lékař vždy dopátral pravdy.

Z toho důvodu je důležité, aby si všichni stávající i budoucí zdravotničtí pracovníci dobře osvojili správná pravidla komunikace s pacientem.

### **Zásady správné komunikace pro lékaře i sestru v ordinaci:**

- S pacientem se pozdravit. Někteří lékaři i sestry si navykli podávat pacientům ruku nejen jako společenský zvyk, ale i jako zdroj možných informací, které ruka nabízí.
- Představit se v případě, že je setkání první. Je dobrým zvykem, zvláště v nemocničních zařízeních, nosit na viditelném místě vizitku. Platí pro lékaře i sestru.
- Pacienta zásadně oslovovat jménem, má-li titul, titulem – je to v naší zemi vžitý zvyk. Lékař i sestra mají k dispozici kartu, anebo se hned na počátku návštěvy na jméno zeptají.
- Je naprosto nepřijatelné (i ve venkovských ordinacích) užívat familiárních oslovení „teta, pojdte dál“ – „sedněte si, dědo“ – „co si, babi, přejete?“ Platí pro lékaře i sestru.
- Pokynout pacientovi, kam se má posadit. Sedět by měl tak, aby na sebe s lékařem či sestrou vzájemně viděli, nejlépe přes roh stolu.
- Oboustranný oční kontakt je důležitý pro celý průběh návštěvy. Platí pro lékaře i sestru.

- Lékař by neměl hledět na pacienta přes počítač, ani přes lampu, přes žádnou překážku. Naopak monitor, používá-li ho lékař během návštěvy, by měl být natočen tak, aby pacient na obrazovku viděl také.
- Lékař i sestra by měli užívat spisovného – totiž všem známého a srozumitelného – jazyka.
- Kdykoliv s pacientem lékař i sestra mluví, měli by se dívat na něho, anebo se alespoň k němu natočit, aby bezpečně poznal, že je mluveno právě s ním.
- Během rozhovoru lékař i sestra nepřijímají a nevedou osobní telefonáty, i ty služební by měly být výjimečné. Pacienta vůbec nezajímá, co se děje v tuto chvíli mimo ordinaci. Není vhodné před pacientem vést další telefonáty, je-li to zcela neodkladné, poprosit, aby se vzdálil, dokud není věc vyřízena. Pak se nezapomenout omluvit.
- Kromě sestry nesmí být v ordinaci další cizí osoba, pokud si to pacient sám nepřeje.
- Všechny úkony, které budou prováděny, popisovat, eventuelně stručně odůvodnit, proč jsou prováděny, co pacient bude cítit, bude-li to bolet, popř. jak dlouho bude vyšetření trvat atd. Platí pro lékaře i sestru.
- Vyžaduje-li to charakter ošetření, měl by si lékař vyžádat od pacienta souhlas a poučit ho o dalších možnostech, pokud existují.
- Informovaný souhlas je nový fenomén a je třeba se ho naučit využívat tak, aby byl lékař chráněn a pacient spokojen, protože se neděje nic proti jeho vůli a bez jeho vědomí. Mnozí lékaři si zvykají na pacientův podpis pod příliš obecnou formulaci „Pacient byl poučen“, která by byla při případném soudním sporu snadno napadnutelná.
- Je-li předepisován lék, je třeba, aby lékař vysvětlil jeho užívání a řekl, jak dlouho se musí užívat, popřípadě upozornit na vedlejší účinky, jsou-li časté.
- Vhodnými dotazy by měli lékař i sestra kontrolovat, zda pacient rozumí. Osvědčuje se důležité informace zopakovat.
- Pro pojmenování orgánů, diagnóz a poruch neužívat latinské či anglické termíny, pacient jim nemusí rozumět. Platí pro lékaře i sestry.
- I zdánlivě srozumitelné diagnózy by měl lékař vysvětlit.
- Lékař by měl vést rozhovor, nikoliv monolog, respektovat pacientovy dotazy i odpovědi.
- Vyslovovat zřetelně, přizpůsobit tempo řeči pacientovu chápání, nehladit si při mluvení bradu, vousy. Platí pro lékaře i sestru.
- Pacient musí vidět, že je mu pozorně nasloucháno.
- Vlídlost, spoluúčast a zájem musí být slyšet v hlase lékaře i sestry.

- Usilovat o klidnou atmosféru, beze spěchu a bez napětí, i když to nemusí být snadné. Časovou tíseň lékaře i sestry by pacient neměl vnímat, pokud by došlo k nějaké neshodě, obrátí se snadno proti nim.
- Pacienta by lékař ani sestra neměli veřejně kritizovat.
- Nesmí porušovat přísahu mlčenlivosti.
- Musí respektovat pacientovo soukromí.
- Lékař i sestra by měli dbát na svůj zevnějšek. Oblečení musí být čisté, vyžehlené a se všemi knoflíky.
- Stejně tak důležitá je osobní hygiena. Ruce udržovat teplé a suché, budou-li se dotýkat pacienta. Nehty by měly být čisté, krátké a neokousané.
- Celkově je třeba vzbuzovat dobrý dojem, má to vliv na atmosféru celé návštěvy i na pacientovu důvěru k lékaři i sestře.

Tato běžná komunikační pravidla pro rozhovor s pacientem by si měl každý lékař i sestra osvojit natolik, že se jim stanou neoddělitelnou součástí profese. Požadovanému chování je nutno se naučit. Největší problémy bývají s ovládáním citů, s předstíráním klidu, když lékař či sestra „nevědí, kde jim hlava stojí“, a s empatií, i když bude pacient nepříjemný.

I způsob mluvy je třeba nacvičit, je nutno dbát na to:

- aby byla mluva zřetelná, jasná, přiměřeně hlasitá,
- aby hlas byl vlídný, mírný, klidný a výrazný, nikoliv monotónní. (Linhartová 2007)

Na závěr teoretické části je třeba uvést poslední kapitolu, ve které připomeneme některé z dalších výzkumných prací, které byly na podobné téma provedeny.

## 7. Dosavadní výzkumy

Dle odborných článků je zde představeno 5 výzkumných šetření, v minulosti provedených na společné téma, postupně od nejstaršího k nejnovějšímu (1990, 1992, 1997, 2000, 2004).

- H. Hubálková, J. Škopek (1990) provedli výzkum na téma *Protetické ošetření tzv. „problémových pacientů“ s celkovými zubními protézami*. Soubor pacientů s celkovými náhradami tvořilo 97 osob. Při hodnocení autoři vycházeli z rozborů stesků nemocných a objektivní situace vyšetřených a ošetřených osob. Přistoupili k rozdělení souboru podle věku pacientů na dvě hlavní skupiny – lidé pod 50 let a lidé nad 50 let. Podle dlouhodobých zkušeností mohli autoři konstatovat, že ošetření nemocných s celkovými náhradami je velmi náročné. Přes veškerou snahu o exaktní ošetření, o navázání co nejlepšího vztahu k nemocnému se velmi často setkávají s tzv. problémovými nemocnými. Ve zmíněném souboru pacientů tvořili 23 % vyšetřených a ošetřených. Autoři se domnívají, že tito pacienti se ve větší míře vyskytují na pracovištích vyššího typu, kam jsou tito nemocní z obvodních zařízení doporučováni, nebo mnohdy ošetření na těchto pracovištích vyhledávají sami. Ve většině případů, po odstranění objektivních příčin, dosahují dobrých výsledků. Je však nutno přiznat, že stále jsou a budou nemocní, u kterých není docíleno naprosté spokojenosti.
- V. Bílá, T. Gábor, O. Žilinská (1992) provedli výzkum na téma *K problematice fixních náhrad*. Po dobu 6 měsíců bylo vyšetřeno 111 pacientů ve věku 17-80 let. Bylo jim odstraněno 353 korunek, 134 samostatných a 219 pilířových konstrukcí. U každého pacienta byla hodnocena délka trvání a typ náhrady, materiál, ze kterého byla náhrada zhotovená, dále byl evidován stav náhrady a příslušných orálních struktur. Autoři hodnotili subjektivní obtíže nositelů fixních náhrad a stavy korunek a můstků, pilířových zubů a okolních měkkých tkání během několikaletého odstupu. Na základě statistických výsledků dokazují, že v prvním časovém intervalu (do 4 let) jsou důvody k jejich odstranění podmíněny převážně technickými chybami ošetřujícího i laboratorních pracovníků. V období 5-7 let nebylo možné k indikacím pro odstranění zaujmout jednoznačné stanovisko. V posledním období (8-10 let) přetrvávají chyby převážně z užívání, resp. z opotřebení náhrad.



- Scott E. Rimmer, Anthonny C. Mellor (1997) provedli výzkum na téma *Hodnocení estetické a technické kvality korunek a fixních můstků pacienty*. Respondenty byli náhodně vybraní pacienti ze tří různých lokalit s rozdílným socioekonomickým pozadím. Celkem vyplněno 105 dotazníků, které se týkaly porovnání jak fixních částečných náhrad, tak korunek. Poměr žen a mužů byl ve všech oblastech vyrovnaný, průměrný věk činil 38 let. V průměrném věku nebyly v jednotlivých oblastech signifikantní rozdíly. Většina pacientů se domnívala, že celokeramické korunky se jeví jako přirozenější, a dávala jim přednost. Korunky i fixní můstky zhotovené soukromou laboratoří pacienti považovali za esteticky dokonalejší, ale preferovali korunky zajištěné pojišťovnou. Respondenti rovněž hodnotili korunky a fixní můstky s normálními okraji jako technicky dokonalejší a těm dávali přednost. Barva a odstín náhrad byly pro pacienty hlavním faktorem při hodnocení.
- J. Krňoulová, J. Zemen, R. Houba (2000) provedli výzkum na téma *Domácí péče o snímatelné zubní náhrady*. Výše uvedenými lékaři byl sestaven anonymní dotazník, který obsahoval 6 otázek, vyplnilo 54 respondentů (28 žen a 26 mužů). Průměrný věk sledované skupiny byl u žen 74,1 let a u mužů 63,4 let. Ženy v tomto souboru používaly snímatelné náhrady průměrně 11,8 let a muži 8,8 let. Z provedeného výzkumu vyplývá, že velmi málo pacientů při kontrolním vyšetření přizná, že náhrady čistí mechanicky minimálně nebo vůbec ne. Většinou uváděli, že náhrady čistí kartáčkem, zubní pastou, eventuálně používají komerčně vyráběné čisticí prostředky samotné nebo v kombinaci s mechanickým předčištěním. Je překvapivé, že vysoké procento respondentů uvedlo opakované čištění svých snímatelných náhrad, což ale neodpovídalo a nekorespondovalo s klinickým hodnocením úrovně jejich čistoty. Z výsledků ankety bylo možné vytušit nedostatečnou osvětu (resp. poučení ošetřujícím lékařem). Autoři výzkumného šetření doporučili podrobné poučení formou ústní i písemnou s následnými kontrolami (recall) a remotivací.

- M. Bernardová (2004) provedla výzkum na téma *Výživa pacientů s celkovými náhradami*. Cílem této studie bylo vyšetření stavu výživy 116 nositelů celkových náhrad zhotovených v okludoru bez objektivní stomatognátní registrace. K hodnocení nutričního stavu byla užitá kombinace výsledků dotazníku o stravovacích zvyklostech, antropometrického měření BMI a laboratorního stanovení hladiny albuminu, minerálů, orálního vyšetření symptomů malnutrice a kvantitativního stanovení smíšené sliny. U vyšetřovaných nositelů náhrad ve věku 45-89 let byla desetkrát prokázána malnutrice. Sedmkrát se jednalo o malnutrici protein-energetickou a třikrát o proteinovou malnutrici. Klinicky dvě byly zařazeny do skupiny nevýznamné a osm do skupiny středně významné malnutrice. Dále bylo zjištěno, že 48 pacientů je malnutricí vážně ohroženo. Výsledky analýzy stomatologické anamnézy upozornily na nutnost změny systému zhotovení zubních protéz.

Po tomto shrnutí přejdeme od části teoretické k následující části empirické, kde blíže představíme moji výzkumnou práci na téma Kvalita života stomatologických pacientů se zubní náhradou, za použití dotazníku OHIP-20E (The Oral Health Impact Profile).

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

V této části se dostáváme k vlastnímu výzkumu mé bakalářské práce. Blíže zjišťujeme, k jakým změnám došlo v oblasti kvality života u pacientů, kteří se museli smířit s celkovou zubní náhradou.

### **Cíle empirické části:**

- zjistit individuálně vnímanou úroveň kvality života u vybraného souboru stomatologických pacientů s celkovou zubní náhradou.
- zjistit, jaké pocity tyto pacienti mají při jejím nošení, jak jim zubní náhrada vyhovuje či nevyhovuje, jak zvládají příjem potravy, jak se cítí ve společnosti lidí.
- zjistit, zda existují rozdíly mezi muži a ženami.

## **8. Metoda výzkumu a zkoumaný soubor**

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat, jak vnímají jednotliví pacienti kvalitu svého života v souvislosti s nošením zubní náhrady.

V praxi existují dvě výzkumné metody pro získání potřebných dat. Metoda kvalitativní a kvantitativní. V této práci byla zvolena metoda kvantitativní, konkrétně technika písemného dotazování. Byl zde použit modifikovaný standardizovaný dotazník OHIP 20E (Oral Health Impact Profile-20), který byl přeložen z anglického jazyka do jazyka českého a upraven pro snazší a srozumitelnější vyplnění dotazovanými pacienty (příloha č. 1).

Originální dotazník (příloha č. 2) byl vyvinut Allenem F. a Rockerem D., National University of Ireland 2002, k hodnocení kvality života související s orálním zdravím (tzv. Profil dopadu orálního zdraví). Obsahuje 20 položek: tři položky pro funkční omezení, čtyři položky pro fyzickou bolest, dvě položky pro psychologické nepohodlí, čtyři položky pro tělesné postižení, dvě položky pro psychické postižení, tři položky pro sociální a zdravotní postižení a dvě položky pro handicap.

Pacient hodnotí své pocity podle šestistupňové škály:

1 - nikdy, 2 - zřídka, 3 - občas, 4 - často, 5 - velmi často a 6 - vždy. Celkové skóre se pohybuje mezi 20 až 120 body, čím vyšší skóre hodnocení, tím horší orální zdraví, a naopak.

Metoda anonymního dotazníku byla použita, neboť jsem se domnívala, že odpovědi budou pravdivější a ze strany pacientů bude větší ochota ke spolupráci. Všechny dotazníky jsem osobně rozdala v čekárně soukromé stomatologické ordinace. V úvodu jsem každému dotazovanému pacientovi podala informace o daném dotazníku a vysvětlila způsob jeho vyplnění. Respondenti měli na vyplnění dotazníku libovolně dlouhý čas, po celou dobu jsem byla přítomna kvůli možným dotazům, žádné se však nevyskytly.

Pro účely této práce upravený a stejně tak originální dotazník obsahoval 20 položek rozdělených do 7 okruhů:

- položky orientované na funkční omezení (otázky č. 1-3)
- položky týkající se fyzické bolesti (otázky č. 4-7)
- položky týkající se psychologického nepohodlí (otázky č. 8-9)
- položky zaměřené na tělesné postižení (otázky č. 10-13)
- položky zaměřené na psychické postižení (otázky č. 14-15)
- položky zjišťující míru sociálního a zdravotního postižení (otázky č. 16-18)
- položky zjišťující možný handicap (otázky č. 19-20)

Jednotlivé položky byly hodnoceny 6 možnými odpověďmi, podle závažnosti problému:

5 - vždycky, 4 - většinou, 3 - občas, 2 - méně často, 1 - vzácně, 0 - nikdy, N - nelze odpovědět.

**Ke zpracování získaných dat byly použity tyto metody:** program NCSS 2007

- $\chi^2$  test, případně Fischerův přesný test nezávislosti v kontingenční tabulce
- deskriptivní statistiky
- dvouvýběrový t-test, případně neparametrické testy Mann-Whitney, Kolmogorov-Smirnov

Toto statistické zpracování provedla RNDr. Eva Čermáková z Lékařské fakulty v Hradci Králové. Základní statistické údaje paní doktorka spočítala pro jednotlivé otázky v dotazníku celkem a dále v dělení dle pohlaví, totéž pro jednotlivé faktory.

## **Zkoumaný soubor**

Zkoumaný soubor tvořili starší ambulantní pacienti, nositelé celkové zubní náhrady. Byly rozdány celkem 104 dotazníky, ale z důvodu neúplnosti byly 4 dotazníky vyřazeny. Pro náš zkoumaný vzorek jsem tedy získala 100 respondentů ve věku od 60 do 86 let. Průměrný věk pacientů činil 68,3. 50 respondentů bylo pohlaví mužského a 50 pohlaví ženského. Průměrný věk mužů byl 66,1 let a průměrný věk žen 70,5 let. Soubor nebyl členěn podle doby, po kterou pacienti zubní náhradu nosí, neboť nešlo o pacienty, kteří by si na zubní náhradu teprve zvykali. Zkoumaní pacienti používají zubní náhradu již mnoho let.

### **Kritéria pro zařazení do výzkumu:**

- ambulantní pacienti v ordinaci praktického zubního lékaře
- věková kategorie 60 let a více (období stáří)
- přítomnost celkové zubní náhrady
- souhlas pacienta s vyplněním dotazníku
- znalost českého jazyka

### **Kritéria pro vyřazení z výzkumu:**

- zhoršení kognitivních funkcí

Při tomto průzkumu jsem se setkala s pochopením a velkou vstřícností ze strany všech pracovníků zubní ordinace (3 zubní lékaři a 3 sestry). Většina pacientů se zájmem dotazník důkladně přečetla a vyplnila, až na výjimky, které jej v rychlosti, bez většího zamyšlení odevzdaly.

## 9. Výsledky výzkumu

Výsledky všech 100 použitých dotazníků byly hodnoceny **dle jednotlivých otázek**, ale především **dle jednotlivých 7 oblastí kvality života**, které dotazník obsahuje.

### Jednotlivé oblasti:

Nejdříve se dotazníky vyhodnotily **dle jednotlivých oblastí kvality života 1-7**, jak již bylo popsáno výše.

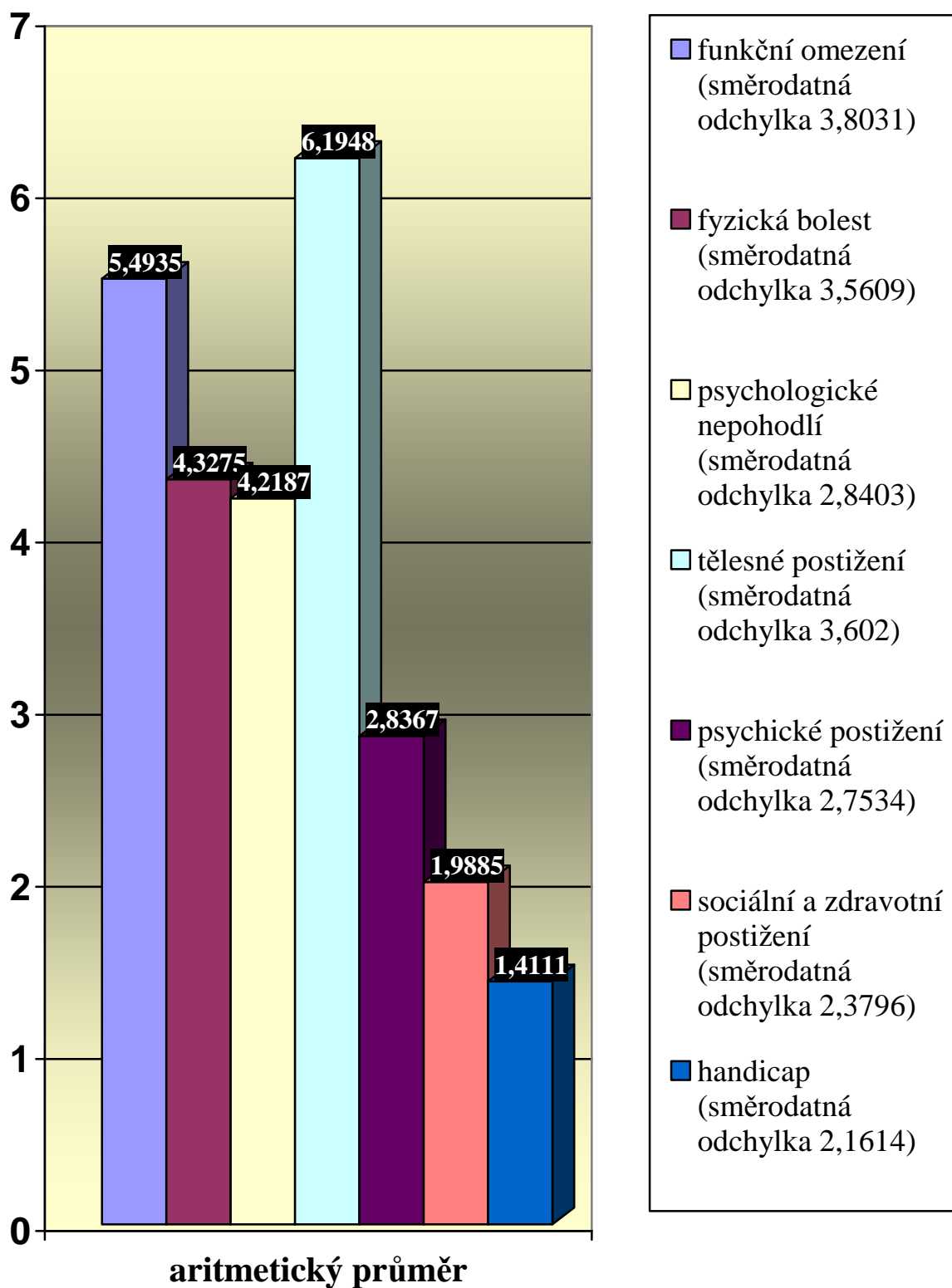
1. Prvním krokem bylo vyhodnocení **průměrných odpovědí v jednotlivých oblastech kvality života u všech dotazovaných pacientů celkem**.

Z dosažených výsledků jasně vyplývá, že nejhůře prožívají pacienti problémy se zubní náhradou z hlediska „tělesného postižení“. Mezi další oblasti, kde pacienti pociťují nejvíce obtíží, patří „funkční omezení“, „fyzická bolest“ a „psychologické nepohodlí“. Zbývající 3 oblasti jsou méně problematické. Viz tabulka č. 1 a graf č. 1:

**Tabulka č. 1 – Celý soubor**

Oblast	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Minimální hodnota	Maximální hodnota	Medián
Funkční omezení	5,4935	3,8031	0	15	5
Fyzická bolest	4,3275	3,5609	0	15	3,5
Psychologické nepohodlí	4,2187	2,8403	0	10	4
Tělesné postižení	6,1948	3,602	0	14	6
Psychické postižení	2,8367	2,7534	0	10	2
Sociální a zdravotní postižení	1,9885	2,3796	0	12	1
Handicap	1,4111	2,1614	0	10	0

Graf č. 1 - Celý soubor



2. Druhým krokem bylo vyhodnocení **rozdílů mezi odpověďmi mužů a žen v každé z oblastí kvality života** v dotazníku obsažených a **významnost těchto zjištěných rozdílů** mezi pohlavími.

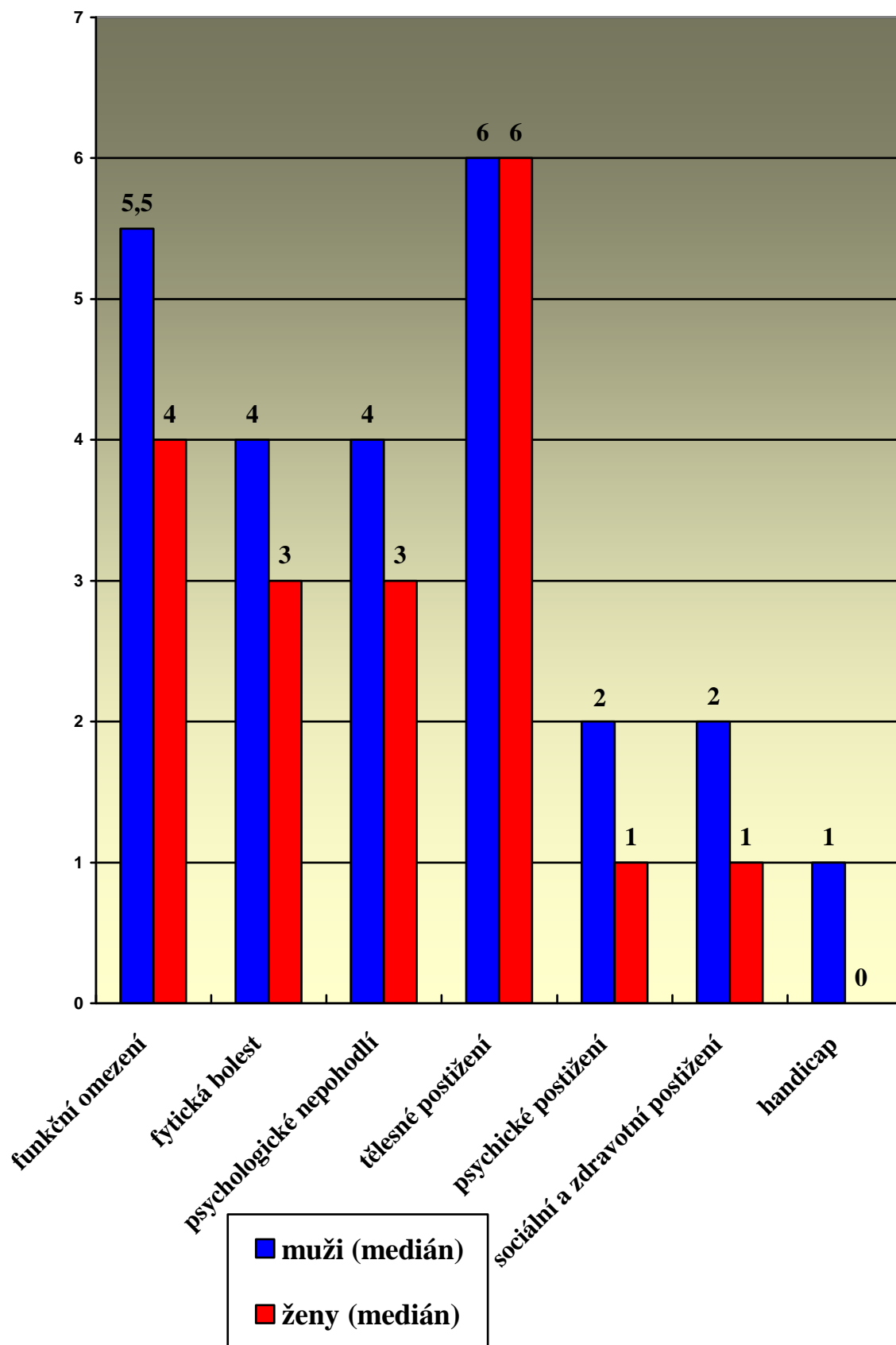
Významné rozdíly mezi muži a ženami byly zjištěny pouze v oblasti „sociální a zdravotní postižení“. Vyšší hodnoty byly vypočítány z odpovědí mužů, což znamená, že právě oni pocítují v této oblasti výraznější problémy než ženy. Ve všech ostatních oblastech byly zjištěny rozdíly pouze zanedbatelné. Viz tabulka č. 2 a graf č. 2:

**Tabulka č. 2 – Porovnání rozdílů v odpovědích mužů a žen**

Oblast	Muži (medián)	Ženy (medián)	Mann-Whitney U-test nebo Wilcoxon Rank-Sum Test	Hladina významnosti	Významnost rozdílu
Funkční omezení	5,5	4	-1,2291	0,219	ne
Fyzická bolest	4	3	-0,6659	0,5054	ne
Psychologické nepohodlí	4	3	0,1181	0,906	ne
Tělesné postižení	6	6	-1,3558	0,1751	ne
Psychické postižení	2	1	0,6884	0,4911	ne
Sociální a zdravotní postižení	2	1	-1,9732	0,0484	ano
Handicap	1	0	-1,3095	0,1903	ne



**Graf č. 2 - Porovnání rozdílů v odpovědích mužů a žen**



## Jednotlivé otázky:

Nyní jsou uvedeny **výsledky jednotlivých otázek. Všechny 20 otázek obsažených v dotazníku bylo hodnoceno dvěma způsoby:**

1. V prvním způsobu hodnocení jednotlivých otázek byly sebrané dotazníky rozděleny dle toho, zda byly vyplněny mužem či ženou. Každá ze skupin obsahovala 50 respondentů. V této oblasti bylo zjištěno, že ve 14 otázkách nejsou v odpovědích dle jednotlivého pohlaví žádné rozdíly, popř. jsou zanedbatelné. Ve zbylých 6 otázkách se objevily malé, ale nevýznamné rozdíly v několika alternativách odpovědí mužů a žen:

- **Otázka č. 2: Zachytává se Vám jídlo mezi zuby či zubní náhradou?** Zde došlo k rozdílnému hodnocení ve 2. alternativě (méně často), kdy tuto možnost zvolilo 27,1 % mužů proti 6,0 % žen.
- **Otázka č. 9: Musíte myslet na své problémy se zuby, ústy či zubní náhradou?** Zde došlo k rozdílnému hodnocení ve 2. alternativě (méně často): 22,0 % mužů proti 4,1 % žen. Dále pak v 5. alternativě (vždycky): 0,0 % mužů proti 10,2 % žen.
- **Otázka č. 14: Rozčilují Vás problémy se zuby, ústy či zubní náhradou?** Zde došlo k rozdílnému hodnocení v 1. alternativě (vzácně): 34,7 % mužů proti 14,0 % žen. Dále pak ve 2. alternativě (méně často): 16,3 % mužů proti 2,0 % žen.
- **Otázka č. 15: Cítíte se nepříjemně až trapně kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?** Zde došlo k rozdílnému hodnocení ve 2. alternativě (méně často), kdy tuto možnost zvolilo 20,0 % mužů proti 4,1 % žen.
- **Otázka č. 17: Jste méně tolerantní ke svému manželovi/ manželce či rodině kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?** Zde došlo k rozdílnému hodnocení v 1. alternativě (vzácně): 28,6 % mužů proti 11,1 % žen. Dále pak ve 2. alternativě (méně často): 8,2 % mužů proti 0,0 % žen. Také ve 3. alternativě (občas): 0,0 % mužů proti 6,7 % žen.
- **Otázka č. 20: Cítíte, že je Váš život méně kvalitní kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?** Zde došlo k rozdílnému hodnocení v 1. alternativě (vzácně), kdy tuto možnost zvolilo 22,9 % mužů proti 6,4 % žen.

2. Ve druhém způsobu hodnocení výsledků jednotlivých otázek jsou uvedeny průměrné odpovědi u všech 100 dotazovaných pacientů. Viz tabulka č. 3:

**Tabulka č. 3 – Průměrné odpovědi u 100 pacientů na jednotlivé otázky**

<b>Otázka</b>	<b>Odpověď</b>	<b>Otázka</b>	<b>Odpověď</b>
<b>1</b>	1,94	<b>11</b>	3,58
<b>2</b>	2	<b>12</b>	1,45
<b>3</b>	1,45	<b>13</b>	1,2
<b>4</b>	0,87	<b>14</b>	1,55
<b>5</b>	1,55	<b>15</b>	1,32
<b>6</b>	1,28	<b>16</b>	0,72
<b>7</b>	0,9	<b>17</b>	0,38
<b>8</b>	2,36	<b>18</b>	1,01
<b>9</b>	1,85	<b>19</b>	0,73
<b>10</b>	1,83	<b>20</b>	0,72

## DISKUSE

Našeho výzkumu se zúčastnilo 100 ambulantních pacientů s celkovou zubní náhradou.

Použitý standardizovaný dotazník OHIP 20E zkoumá následujících 7 oblastí: 1. funkční omezení, 2. fyzická bolest, 3. psychologické nepohodlí, 4. tělesné postižení, 5. psychické postižení, 6. sociální a zdravotní postižení, 7. handicap. Z těchto uvedených oblastí pacienti celkově nejhůře vnímají tělesné postižení. Mezi další oblasti, kde pacienti pociťují obtíže, patří funkční omezení, fyzická bolest a psychologické nepohodlí. Zbývající 3 oblasti jsou méně problematické. I praktické zkušenosti ukazují, že v běžném životě působí pacientům nejvíce problémů právě obtíže se způsobem stravování, nutná změna konzistence potravy až vynechání některých jídel. Neméně obtěžující může být případná přítomnost bolesti či jiných nepříjemných vjemů. Z uvedených důvodů lidé často na své problémy se zuby myslí a obávají se dalšího osudu. Ostatní oblasti jsou většinou zasunuty více do pozadí, jelikož pro člověka je zásadní uspokojování základních biologických potřeb, kam patří mj. příjem potravy.

Při porovnání odpovědí mužů a žen bylo zjištěno, že významné rozdíly mezi muži a ženami byly udány pouze v oblasti sociálního a zdravotního postižení. Vyšší hodnoty byly vypočítány z odpovědí mužů, což znamená, že právě oni pociťují v této oblasti výraznější problémy než ženy. Ve všech ostatních oblastech byly zjištěny statisticky nevýznamné rozdíly. Důvody mohou být různé, například to, že jsou muži citlivější v otázce orálních obtíží, manifestujících se navenek změněným chrupem, a hůře se s danou situací vyrovnávají. Naopak ženy se zřejmě dokáží se vzniklými obtížemi vyrovnat snadněji, uvažují racionálněji, jsou více tolerantní vůči svému partnerovi a okolí.

Ve výzkumu byly dále hodnoceny odpovědi na jednotlivé otázky. V této části bylo zjištěno, že rozdíly v odpovědích dle jednotlivého pohlaví nejsou žádné, popř. jsou zanedbatelné ve 14 otázkách. Ve zbylých 6 otázkách se objevily malé, ale nevýznamné rozdíly v několika alternativách odpovědí mužů a žen.

V tomto výzkumu nebyla hodnocena kvalita života pacienta s celkovou zubní náhradou po určitý časový úsek, ale v daný okamžik, během jedné návštěvy stomatologa, tudíž nebylo možné porovnat výsledky s jinými výzkumnými pracemi na toto či podobné téma ze zahraničí ani z České republiky. Daný výzkum se soustředil na zmapování prevalence obtíží u pacientů s celkovou zubní náhradou, zatímco zahraniční výzkumy se zaměřily na zjišťování účinnosti určité intervence (stomatologického zákroku), například zhotovení nové zubní protézy nebo výměny snímatelné protézy či můstku za implantát.

V České republice nebyl dotazník OHIP použit vůbec, v zahraničí spíše rozšířená forma dotazníku OHIP obsahující 49 otázek v 7 oblastech, nebo naopak kratší forma dotazníku obsahující 14 otázek v 7 oblastech.

Originál použitého dotazníku byl vyvinut Allenem F. a Rockerem D., National University of Ireland 2002, k hodnocení kvality života související s orálním zdravím (tzv. Profil dopadu orálního zdraví). Obsahuje stejné množství otázek (20) i oblastí (7). Hodnotí stav pacientova orálního zdraví po určitém časovém rozmezí, např. po 1 měsíci.

## ZÁVĚR

Otázka potřeby určitého typu zubní náhrady se v dnešní době týká velkého množství populace. Ve věku 55 a více let už plných 42 % pacientů používá částečnou a 16 % dokonce celkovou zubní náhradu. Pacienti, kterým je zhotovena celková zubní náhrada, musí změnit celoživotně zažitě návyky v přijímání potravy, mimice obličeje a dokonce i v mluvení. Přidáme-li k tomu psychickou zátěž ze značného snížení kvality osobního i společenského života, které bezzubost jednoznačně přináší, je pacient ve značném stresu. Z toho tedy vyplývá, že zubní náhrada podstatně ovlivňuje život každého člověka.

Z důvodu zajímavosti a rostoucí potřeby informací o tomto tématu jsem se v této bakalářské práci zaměřila na cílovou skupinu ambulantních pacientů věkové skupiny nad 60 let a pokusila se zjistit individuálně vnímanou úroveň kvality života u stomatologických pacientů s celkovou zubní náhradou. Zmapovat, která ze 7 zkoumaných oblastí je pacienty nejlépe a která naopak nejhůře prožívána, a dále zjistit, zda jsou rozdíly mezi muži a ženami.

V tomto výzkumném šetření byl, dle dostupných informací, poprvé v České republice použit standardizovaný dotazník OHIP 20E (Oral Health Impact Profile-20), který obsahuje 20 otázek a měří 7 oblastí kvality života: funkční omezení, fyzickou bolest, psychologické nepohodlí, tělesné postižení, psychické postižení, sociální a zdravotní postižení, handicap.

U získaného souboru, tj. 100 dotazovaných pacientů, jsem dospěla k závěru, že celkově nejhůře prožívanou oblastí je tělesné postižení. Mezi další oblasti, ve kterých pacienti pocítují obtíže, patří: funkční omezení, fyzická bolest a psychologické nepohodlí. Méně problematické jsou zbývající tři: psychické postižení, sociální a zdravotní postižení, handicap.

Při srovnávání obtíží u jednotlivého pohlaví jsem došla ke zjištění, že významné rozdíly mezi muži a ženami byly udány pouze v oblasti sociální a zdravotní postižení. Vyšší hodnoty byly vypočítány z odpovědí mužů, což znamená, že právě oni pocítují v této oblasti výraznější problémy než ženy. Ve všech ostatních oblastech byly zjištěny rozdíly pouze zanedbatelné.

Při hodnocení jednotlivých 20 otázek obsažených v dotazníku jsem zjistila, že rozdíly v odpovědích dle jednotlivého pohlaví nejsou žádné, popř. jsou zanedbatelné ve 14 otázkách. Ve zbylých 6 otázkách se objevily pouze malé a nepodstatné rozdíly v několika alternativách odpovědí mužů a žen.

Pro nás, zdravotní sestry, z výše uvedených poznatků vyplývá, že je třeba věnovat velkou pozornost všem pacientům přicházejícím do zubní ordinace. Zaměřit se především na správnou komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty, díky které můžeme, společně s lékařem, získat právě ty důležité a potřebné informace o subjektivních pocitech a veškerých problémech, které naše pacienty obtěžují v souvislosti s jejich zubními náhradami. Každý pacient je osobnost, ale všichni, bez rozdílu pohlaví, svá omezení vnímají podobným způsobem. Je jen na nás, abychom správně identifikovali, co je nejvíc trápí, dodali jim klidu a optimismu, ale především co nejvhodnějším způsobem pomohli odstranit jejich trápení (vhodným nástrojem k tomu může být dotazník OHIP). Nezapomínejme tedy na potřebnou míru empatie a jednejme se všemi tak, jak bychom sami chtěli, aby bylo jednáno s námi.

# ANOTACE

**Autor:** Lucie Rajmová, DiS.

**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, Oddělení ošetřovatelství

**Název práce:** Kvalita života stomatologického pacienta se zubní náhradou

**Vedoucí práce:** Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

**Počet stran:** 77

**Počet příloh:** 3

**Rok obhajoby:** 2011

**Klíčová slova:** kvalita života, stomatologie, zubní náhrada

Tato bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů se zubní náhradou. V teoretické části vysvětlujeme pojem „kvalita života“ a uvádíme specifické metody používané k hodnocení kvality života související s orálním zdravím. Dále se zde zaměřujeme na rozdělení zubních náhrad, správnou péči o zubní náhrady, výživové problémy u pacientů se zubní náhradou, problematiku nesnášenlivosti zubních náhrad, důležitost komunikace. V empirické části zjišťujeme kvalitu života u 100 ambulantních pacientů se zubní náhradou pomocí dotazníku OHIP 20E. Docházíme k závěru, že celkově nejhůře prožívanou oblastí je tělesné postižení. Mezi další oblasti, ve kterých pacienti pociťují obtíže, patří funkční omezení, fyzická bolest a psychologické nepohodlí. Méně problematické jsou zbylé tři oblasti: psychické postižení, sociální a zdravotní postižení, handicap.

## **Annotation:**

This thesis deals with the quality of life for patients with denture. The theoretical part explains the concept of "quality of life" and mentions the specific methods used to evaluate the quality of life related to oral health. We can also focus on the distribution of dental restorations, proper care of dentures, nutritional problems in patients with denture, dental prostheses issues of intolerance, the importance of communication. The empirical part examines the quality of life in 100 outpatients with denture using OHIP questionnaire 20E. We conclude that the whole area is the worst experience of physical handicap. Other areas in which patients experience difficulties, including: functional limitations, physical pain and psychological discomfort. Less problematic are the other three areas: psychological disability and social disability, handicap.

**Key words:** quality of life, dentistry, denture



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. ALLEN, P. F., McMILLAN, A. S. A Longitudinal Study of Quality of Life Outcomes in Older Adults Requesting Implant Prosthesis and Complete Removable Dentures. *Clinical Oral Implants Research*. 2003, Volume 14 Issue 2, Pages 173 – 179.
2. AWAD, M. A., et al. *Measuring the Effect of Intra-oral Implant Rehabilitation on Health-related Quality of Life in a Randomized Controlled Clinical Trial*. Journal of Dental Research. 2000, Volume 79, No. 9, p. 1659-1663.
3. BARANOVÁ, Radmila. *Stres u pacientů stomatologické ordinace*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 82 s. Vedoucí diplomové práce Zdeněk Vtípil.
4. BERNARDOVÁ, Marcela. Výživa pacientů s celkovými náhradami. *Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství*. 2004, roč. 52, č. 2, s. 42-53. ISSN 1213-0613.
5. BÍLÁ, V., GÁBOR, T, ŽILINSKÁ, O. K problematice fixních náhrad. *Československá stomatologie*. 1992, roč. 92, č. 2/3, s. 67-72.
6. BLANKENSTEIN, Felix. Nesnášenlivost náhrady jako následek zvyšujícího se dráždění zubní náhradou a poklesu individuální tolerance. *Quintessenz : zubní laboratoř*. 2002, roč. 6, č. 3, s. 45-52. ISSN 1213-0117.
7. BRENNAN, David, SPENCER, A. John, ROBERTS-THOMPSON, Kaye F. Tooth Loss, Chewing Ability and Quality of Life. *Quality of Life Research*. 2008, Vol. 17, Issue 2, p. 227-235.
8. ČEKANOVÁ, Dana. Zlepšení stability celkové náhrady – méně stresu pro pacienta i stomatologa. *Stoma Team : Časopis Unie zubních techniků*. ISSN 1214-147X. 2007, roč. 7, č. 1, s. 26-28.

9. DOSTÁLOVÁ, T., *Fixní a snímatelná protetika*. Praha: Grada Publishing. 2004.  
220 stran. ISBN 80-247-0655-5
10. ELLIS, Janice S., et al. Conventional Rehabilitation of Edentulous Patients: The Impact on Oral Health-Related Quality of Life and Patient Satisfaction. *Journal of Prosthodontics*. 2007, Volume 16, Issue 1, Pages 37 – 42.
11. ELLIS, Janice S., et al. The Impact of Dietary Advice on Edentulous Adults' Denture Satisfaction and Oral Health-Related Quality of Life 6 Months After Intervention. *Clinical Oral Implants Research*. 2010, Volume 21, Number 4, p. 386-391.
12. EMAMI, E., et al. Better Oral Health Related Quality of Life: Type of Prosthesis or Psychological Robustness? *Journal of Dentistry*. 2010, Volume 38, Issue 3, Pages 232-236.
13. EMAMI, E., et al. *Impact of Implant Support for Mandibular Dentures on Satisfaction, Oral and General Health-Related Quality of Life: a Meta-Analysis of Randomized-Controlled Trials*. *Clinical Oral Implants Research*. 2009, Volume 20, Issue 6, Pages 533-544.
14. HEYDECKE, Guido, et al. Oral and General Health-Related Quality of Life with Conventional and Implant Dentures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003, Volume 31 Issue 3, Pages 161–168.
15. HORN, Rosemarie. Estetické aspekty při zhotovování celkových náhrad. *Quintessenz : zubní laboratoř*. 1999, roč. 3, č. 1, s. 3-29. ISSN 1213-0117.
16. HUBÁLKOVÁ, Hana. Snímatelné náhrady a rizika jejich užívání. *Progresdent*. 2006, roč. 12, č. 3, s. 24-30. ISSN 1211-3859.
17. HUBÁLKOVÁ, Hana, ŠKOPEK, Jan. Protetické ošetření tzv. „problémových pacientů“ celkovými zubními protézami. *Československá stomatologie*. 1990, roč. 90, č. 5, s. 323-328.

18. HYLAND, Robert, et al. A Qualitative Study on Patient Perspectives of How Conventional and Implant-Supported Dentures Affect Eating. *Journal of Dentistry*. 2009, Volume 37, Issue 9, Pages 718-723.
19. CHARVÁT, Jindřich, et al. Ústní hygiena u pacientů se zubními náhradami.
  1. Pevné zubní náhrady. *Progresdent*. 2005, roč. 11, č. 4, s. 48-51. ISSN 1211-3859.
20. INUKAI, M., et al. Does Removable Partial Denture Quality Affect Individuals' Oral Health? *Journal of Dental Research*. 2008, Volume 87, Issue 8, p. 736-740.
21. KRŇOULOVÁ, Jana, ZEMEN, Jiří, HOUBA, Robert. Domácí péče o snímatelné zubní náhrady. *Quintessenz : mezinárodní odborný časopis pro zubní lékaře a zubní techniky*. 2000, roč. 9, č. 2, s. 70-73. ISSN 1210-017X.
22. LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing. 2007, 152 stran. ISBN 978-80-247-1784-5
23. MARXKORS, Reinhard. Gerontostomatologie. 1.-5. část. *Progresdent*. 2007, roč. 13, č. 1-5. ISSN 1211-3859.
24. MONDOK, David. Ach ta protéza – stále nás tlačí. *Stomatip*. ISSN 1214-8288. 2008, roč. 8, č. 1, s. 4-5. ISSN 1214-8288.
25. POLÁKOVÁ, Iva. Zubní protéza – kopírovat či nekopírovat? *StomaTeam : Časopis Unie zubních techniků*. 2008, roč. 8, č. 3, s. 56-62.
26. REISINE, Susan T., et al. Impact of Dental Conditions on Patients' Quality of Life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2006, Volume 17, Issue 1, Pages 7 – 10.
27. RIMMER, Scott E., MELLOR, Anthony C. Hodnocení estetické a technické kvality korunek a fixních můstků pacienty. *Quintessenz : mezinárodní odborný časopis pro zubní lékaře a zubní techniky*. 1997, roč. 6, č. 3, s. 69-74. ISSN 1210-017X.

28. WÖSTMANN, Bernd, et al. Influence of Denture Improvement on the Nutritional Status and Quality of Life of Geriatric Patients. *Journal of Dentistry*. 2008, Volume 36, Issue 10, Pages 816-821.
29. XIAOXIAN, Meng. *Effect of Prosthodontic Services on Self-Rated Oral Health Outcomes*. Florida : University of Florida, 2005. 179 pages. Dissertation advisor Paul R. Duncan.
30. Zubní protéza – dobrý sluha, zlý pán I. *Stomatip*. 2006, roč. 6, č. 4. ISSN 1214-8288.
31. Zubní protéza – dobrý sluha, zlý pán II. *Stomatip*. 2007, roč. 7, č. 1. ISSN 1214-8288.

## **SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

**Tabulka č. 1** - Celý soubor

**Tabulka č. 2** - Porovnání rozdílů v odpovědích mužů a žen

**Tabulka č. 3** - Průměrné odpovědi u 100 pacientů na jednotlivé otázky

**Graf č. 1** - Celý soubor

**Graf č. 2** - Porovnání rozdílů v odpovědích mužů a žen

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** – Pracovní verze dotazníku OHIP 20E

**Příloha č. 2** – Originální verze dotazníku OHIP 20E

**Příloha č. 3** – Fotodokumentace (vytvořila autorka práce)

# PŘÍLOHY:

## Příloha č. 1

### Dotazník OHIP-20E

©Autor originálu: F. Allen, D.Locker, National University of Ireland 2002

© Český překlad – pracovní verze: L. Rajmová, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové 2010

Vážená paní, vážený pane,

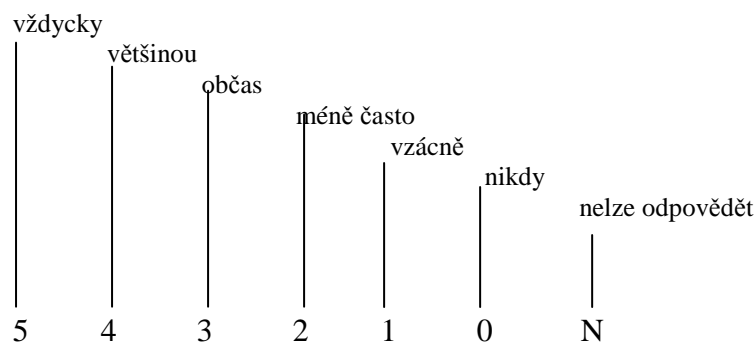
tento **anonymní dotazník** zjišťuje, jak problémy se zuby ovlivňují kvalitu života různých lidí. Prosíme Vás o spolupráci a o jeho pečlivé vyplnění. Výsledky budou použity pro výzkumné účely a pro zlepšení péče o stomatologické pacienty.

Lucie Rajmová, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

**Pokyny pro vyplňování:** Přečtěte si pozorně znění otázky a **zakroužkujte** tu možnost, která nejlépe vystihuje Váš názor. Pokud se spletete nebo změníte své stanovisko, škrtněte to, co neplatí, a zakroužkujte to, co platí. Může se stát, že na některou otázku nemůžete vůbec odpovědět, že se Vás tento problém netýká, nezažili jste to. Potom zakroužkujte písmeno N.

Lidé prožívají své problémy se zuby rozdílně. Nás zajímá právě Váš osobní pohled na problém během posledního měsíce.

Zde je nabízená stupnice hodnocení:



V posledním měsíci:							
1.	Máte problém s rozžvýkáním potravy (kvůli potížím se zuby, ústy či zubní náhradou)?	5	4	3	2	1	0 N
2.	Zachytává se Vám jídlo mezi zuby či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0 N
3.	Máte pocit, že Vám zubní náhrada nesedí?	5	4	3	2	1	0 N
4.	Pocitujete trvalejší bolest v ústech?	5	4	3	2	1	0 N

5.	Máte nepříjemný pocit při jídle kvůli problému se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
6.	Máte v ústech bolestivá místa?	5	4	3	2	1	0	N
7.	Máte nevyhovující zubní náhradu?	5	4	3	2	1	0	N
8.	Obáváte se dalších problémů se zuby?	5	4	3	2	1	0	N
9.	Musíte myslet na své problémy se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
10.	Musíte se vyhýbat některým jídlům kvůli problémům zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
11.	Považujete svoji stravu za vyhovující, i když máte problémy se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
12.	Máte problémy s jídlem kvůli nevyhovující zubní náhradě?	5	4	3	2	1	0	N
13.	Musíte přerušit jídlo kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
14.	Rozčilují Vás problémy se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
15.	Cítíte se nepříjemně až trapně kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
16.	Vyhýbáte se chození do společnosti kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
17.	Jste méně tolerantní ke svému manželovi/ manželce či rodině kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
18.	Jste více podrážděný/á kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
19.	Máte problém ve společnosti jiných lidí kvůli potížím se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N
20.	Cítíte, že je Váš život méně kvalitní kvůli problémům se zuby, ústy či zubní náhradou?	5	4	3	2	1	0	N

Děkujeme Vám za spolupráci a prosíme Vás: projděte ještě jednou dotazník a podívejte se, zda jste nezapomněli na některou otázku odpovědět. Těžko bychom ji za Vás vymýšleli.



## **Příloha č. 2**

### **The Oral Health Impact Profile (OHIP -20) questionnaire OHIP -20 Questionnaire**

Identification Code: Date // y y m m d d

This questionnaire was designed to evaluate how your oral condition has affected your quality of life during the past month. For each of the following questions, mark the response that you feel is the best. If a question does not apply to your situation, then please indicate this just below the question.

#### **In the Last month:**

Always: 5

Most of the time: 4

Some of the time: 3

Occasionally: 2

Rarely: 1

Never: 0

1. Have you had difficulty chewing any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
2. Have you had food catching in your teeth or dentures?  
O O O O O O
3. Have you felt that your dentures have not been fitting properly?  
O O O O O O
4. Have you had painful aching in your mouth?  
O O O O O O
5. Have you found it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
6. Have you had sore spots in your mouth?  
O O O O O O

7. Have you had uncomfortable dentures?  
O O O O O O
8. Have you been worried by dental problems?  
O O O O O O
9. Have you been self conscious because of problems with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
10. Have you had to avoid eating some foods because of problems with your teeth, mouth  
or dentures?  
O O O O O O
11. Has your diet been unsatisfactory because of problems with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
12. Have you been unable to eat with your dentures because of problems with them?  
O O O O O O
13. Have you had to interrupt meals because of problems with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
14. Have you been upset because of problems with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
15. Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
16. Have you avoided going out because of problems with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
17. Have you been less tolerant of your spouse or family because of problems with your teeth,  
mouth or dentures?  
O O O O O O
18. Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth,  
mouth or dentures?  
O O O O O O
19. Have you been unable to enjoy other people's company as much because of problems  
with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O
20. Have you felt that life in general was less satisfying because of problems  
with your teeth, mouth or dentures?  
O O O O O O

### **Příloha č. 3**



**Obr. č. 1 - Totální snímatelná protéza v horní čelisti**



**Obr. č. 2 – Částečná snímatelná protéza v dolní čelisti s litými kotevními prvky**



**Obr. č. 3 – Fixní fasetovaný můstek s keramickými fasetami**



**Obr. č. 4 – Fixní metalokeramický můstek**



**Obr. č. 5 – Fixní metalokeramické korunky zubů 11, 25, 26**



**Obr. č. 6 – Fixní celokeramická korunka zubu 15**